



HAL
open science

La stérilisation volontaire féminine : une méthode contraceptive parmi d'autres ?

Elsa Touretz

► **To cite this version:**

Elsa Touretz. La stérilisation volontaire féminine : une méthode contraceptive parmi d'autres ?. Ethique. 2022. dumas-04385871

HAL Id: dumas-04385871

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04385871>

Submitted on 10 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme de Master. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10



UNIVERSITÉ PARIS CITÉ

Faculté de santé

UFR de Médecine

Laboratoire Ethics, research, translations (ETRES)

Année 2022

N° 2022M2REM04

Mémoire pour le diplôme de Master 2 en éthique médicale et bioéthique

Présenté et soutenu publiquement le 14 juin 2022

Par

Elsa TOURETZ

La stérilisation volontaire féminine : une méthode contraceptive parmi d'autres ?

Dirigée par M. Jean-Claude Dupont et Mme Marie Michon

Remerciements

À M. Dupont et Mme. Michon. Un immense merci d'avoir dirigé ce travail. Votre bienveillance et vos regards croisés ont été d'une précieuse richesse. Merci pour tout.

À Pr. Mamzer, Caroline Desprès et Bernard Ennuyer pour cette année de master. Merci pour vos conseils pendant les séminaires qui ont grandement fait avancer ce travail. Je suis rentrée avec quelques questions en tête et j'en ressors avec davantage grâce à vous.

À tous les professionnels de santé qui ont participé à cette recherche. Merci pour les échanges que nous avons eus. Vos expériences et vos regards sont la matière de ce travail. Merci pour ce temps précieux.

À mes amies et camarades de promotion en master. Votre rencontre a rendu cette année aussi riche qu'inoubliable. Merci pour nos échanges en cours et à la pâtisserie viennoise.

À mes parents adorés et mes chères sœurs Mathilde et Joséphine. Je vous remercie de votre soutien infailible dans tous mes projets. Les moments passés ensemble m'inspirent. Merci d'être ma famille.

À Matthieu. Merci d'être à mes côtés. Merci pour tous ces moments passés ensemble cette année et celles d'avant. Merci pour nos discussions du soir.

À mes chers amis Altaïr, Mathilde, Manon, Bella, Célia, Mariama, Natacha, Théo, Kyota et Thomas.

Résumé et indexation en français

Titre : La stérilisation volontaire féminine : une méthode contraceptive parmi d'autres ?

Résumé :

La loi du 4 juillet 2001 (Loi n°2001-588 - art. 26) accorde l'accès pour une personne majeure qui a « *exprimé une volonté libre, motivée et délibérée* » à la stérilisation contraceptive et précise néanmoins qu'« *un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive* ». A partir de ce texte de loi, nous avons décidé d'investiguer cette ambiguïté dans le cas de la contraception définitive féminine à travers une réflexion éthique. Pour cela, nous avons entrepris un recueil bibliographique d'expériences de femmes sur leur démarche de stérilisation. Celui-ci a mis en lumière des questionnements quant à l'accessibilité de cette méthode contraceptive ainsi que des enjeux relationnels dans le parcours médical vers cette contraception. Ainsi, pour répondre à ces questionnements, nous avons mené une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de divers professionnels de santé ayant une activité gynécologique. Nous avons ensuite analysé ces entretiens au regard des témoignages des patientes afin de discuter plusieurs points dans les expériences respectives.

Discipline ou spécialité : [Sciences du Vivant [q-bio] / Éthique]

Mots clés français :

Stérilisation volontaire féminine / Stérilisation sexuelle / Stérilisation volontaire / Stérilisation féminine / Contraception / Méthodes contraceptives /

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Résumé et indexation en anglais

Title : Voluntary female sterilization : one contraceptive method among others?

Abstract:

The law of July 4, 2001 (Law n°2001-588 - art. 26) grants access to voluntary sterilization for an adult who has "*expressed a free, motivated and deliberate will*" and nevertheless specifies that "*a physician is never obliged to perform this act for birth control purposes*". Based on this legal text, we decided to investigate this ambiguity in the case of voluntary female sterilization through an ethical reflection. To do this, we undertook a bibliographic collection of women's experiences regarding their birth control sterilization process. This showed questions concerning the accessibility of this contraceptive method as well as relational issues in the health care pathway towards this contraception. To answer these questions, we conducted qualitative research through semi-directed interviews with various health professionals working in gynecology. We then analyzed these interviews and connected them to women's experiences in order to discuss some points in the respective experiences.

English keywords:

Reproductive Sterilization / Voluntary Female Sterilization / Voluntary Sterilization / Female Sterilization / Birth Control / Contraceptive Methods / Contraception

Publication type:

[MeSH : Academic Dissertation](#)

“ Mais une vie est une relation au monde ; c’est en se choisissant à travers le monde que l’individu se définit ; c’est vers le monde qu’il faudra nous tourner pour répondre aux questions qui nous préoccupent ”

Le Deuxième sexe. Simone de Beauvoir

Liste des abréviations

- ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
- ANCIC : Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique
- CECOS : Centre d'Etude et de Conservation du Sperme
- CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
- DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
- E*¹ : Entretien
- HAS : Haute Autorité de Santé
- INED : Institut National d'Etudes Démographiques
- INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
- Insee : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
- MLAC : Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception
- MFPF : Mouvement Français pour le Planning Familial
- Nb : Nombre
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- ONU : Organisation des Nations Unies
- PMA : Procréation Médicalement Assistée
- S* : Source
- SFE : Société Française d'Eugénique
- T* : Témoignage

¹ Les abréviations signalées par une astérisque sont des abréviations personnelles tandis que les autres sont des abréviations et acronymes officiels.

Table des matières

REMERCIEMENTS	3
RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS	4
RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS	5
LISTE DES ABREVIATIONS	7
TABLE DES MATIERES	7
INTRODUCTION.....	10
PREMIERE PARTIE : CONTEXTUALISATION.....	12
1.1 UN ECLAIRAGE LEGISLATIF.....	12
1.1.1 <i>Ce que dit la loi : liens législatifs entre la stérilisation et l'IVG</i>	12
1.1.2 <i>La clause de conscience : des réalités plurielles.....</i>	13
1.2 LE CAS FRANÇAIS.....	13
1.2.1 <i>Une approche comparative</i>	13
1.2.2 <i>Données démographiques.....</i>	17
1.2.3 <i>La prise en charge.....</i>	19
1.3 MISE EN PERSPECTIVE HISTORIQUE	20
1.3.1 <i>Un usage eugéniste</i>	20
1.3.2 <i>Vers la légalisation</i>	23
1.4 UNE APPROCHE TECHNIQUE	24
1.4.1 <i>Les différentes méthodes.....</i>	24
1.4.2 <i>Recommandations et littérature scientifique</i>	25
1.5 EXPERIENCES DE FEMMES	27
1.5.1 <i>Les femmes qui témoignent</i>	27
1.5.2 <i>Le parcours vers la stérilisation</i>	30
1.5.3 <i>Les motivations.....</i>	32
1.5.4 <i>La stérilisation : une décision partagée ?</i>	34
1.5.5 <i>La relation médecin-patiente dans le cadre de la stérilisation volontaire féminine.....</i>	35
1.6 QUESTION DE RECHERCHE.....	38
1.7 HYPOTHESES	39
DEUXIEME PARTIE : METHODOLOGIE.....	40
2.1 UNE RECHERCHE QUALITATIVE	40

2.1.1 Une démarche double	40
2.1.2 Le recueil des témoignages de femmes.....	40
2.1.3 Le recueil des expériences des professionnels : les entretiens.....	41
2.2 POPULATION POUR LES ENTRETIENS	42
2.2.1 Critères d'inclusion	42
2.2.2 Prise de contact	43
2.3 L'ANALYSE DES ENTRETIENS.....	46
TROISIEME PARTIE : RESULTATS	48
3.1 LA PLACE DE LA STERILISATION VOLONTAIRE FEMININE AU SEIN DE L'ACTIVITE DES SOIGNANTS	48
3.1.1 Fréquence des demandes	48
3.1.2 Orientation vers une activité gynécologique.....	52
3.1.3 La formation	53
3.2 LA PLACE DU SOIGNANT DANS UNE CONTRACEPTION DEFINITIVE	57
3.2.1 Une pratique qui diffère des autres ?	57
3.2.2 Information sur cette méthode contraceptive.....	58
3.2.3 La relation médicale : une relation bipartite	63
3.2.4 Suivi post-stérilisation.....	68
3.3 CONTRACEPTION DEFINITIVE : LES POSITIONNEMENTS DES SOIGNANTS.....	69
3.3.1 Interprétation de la loi.....	69
3.3.2 Critères d'éligibilité.....	72
3.3.3 Réticences des soignants	75
3.3.4 Désir de grossesse post-stérilisation.....	77
3.4 LA CONTRACEPTION DEFINITIVE : UN SUJET D'ECHANGE	81
3.4.1 Discussions entre confrères	81
3.4.2 Réseau de soin.....	85
3.4.3 Discours spontanés.....	90
3.5 LA STERILISATION : UNE METHODE CONTRACEPTIVE EVOLUTIVE	94
3.5.1 Des comparaisons évocatrices.....	94
3.5.2 Quelle place au sein de l'offre de soin ?	95
3.5.3 Relation étroite avec la vasectomie.....	100
QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION	104
4.1 DISCUSSION DE LA METHODOLOGIE	104
<i>Population médicale</i>	104
<i>Limitation géographique</i>	105
<i>Mise en relation des récits de femmes et de professionnels</i>	106
<i>Les entretiens</i>	106
<i>Recueil des témoignages de femmes</i>	107

<i>Ouverture aux femmes contraintes juridiquement</i>	108
4.2 DISCUSSION DES RESULTATS	109
<i>Lien à la vasectomie</i>	109
<i>Le regret</i>	110
<i>Procréation et non-procréation</i>	112
<i>Le rôle du médecin</i>	114
<i>La prise de décision</i>	115
<i>Récits de soignants et de patientes : quels points communs et quelles divergences ?</i>	116
4.3 REPONSE AUX HYPOTHESES	118
CONCLUSION	121
BIBLIOGRAPHIE	124
TABLE DES FIGURES	130
TABLE DES TABLEAUX	131
ANNEXES	132
ANNEXE 1 : RÉFÉRENCES DES TÉMOIGNAGES DE FEMMES	132
ANNEXE 2 : PROTOCOLE DEPOSE AU COMITE D'ETHIQUE	134
ANNEXE 3 : TRAME D'ENTRETIEN	138
ANNEXE 4 : MAIL DE CONTACT AUPRES DES PROFESSIONNELS	139
ANNEXE 5 : LETTRE D'INFORMATION AUX PARTICIPANTS DE LA RECHERCHE	140

Introduction

Depuis juillet 2001, la stérilisation à visée contraceptive est autorisée en France pour toute personne majeure ayant « *exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences* » (Loi n°2001-588 - art. 26 (1)) . Si la stérilisation contraceptive est légale en France, elle représente une contraception peu utilisée en comparaison à d'autres pays (2) alors qu'elle représente la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde (3).

Nous avons donc décidé de nous intéresser au cas de la contraception définitive féminine en France. Par son action irréversible sur la fonction procréatrice, la stérilisation féminine interroge le corps féminin, la maternité, le choix, et l'exercice du médecin. Ces questionnements concernent d'une part les femmes et d'autre part les médecins qui ne sont « *jamais tenu(s) de pratiquer cet acte à visée contraceptive* » dans la loi (1).

La possibilité légale et technique de procéder à l'interruption définitive de la fonction procréatrice dans un but contraceptif revient à la décision prise de part et d'autre de la relation concrète et singulière soignant-patiente. Ainsi, ce travail a pour objectif d'appréhender de manière dialogique l'expérience des femmes dans leur orientation vers une contraception définitive avec celle des professionnels de santé ayant une activité gynécologique.

La marge d'appréciation laissée individuellement aux femmes et aux médecins dans le texte de loi amène à nous interroger quant à son apport. Cet apport constitue-t-il un « droit », une « autorisation », ou encore une « permission » d'accéder à cette méthode contraceptive pour les femmes, et d'accompagner, médicalement ou non, la patiente vers cette méthode contraceptive pour les médecins ? Si la variété de conception de cette méthode contraceptive par les soignants guide leurs réponses et l'intégration ou non de la contraception définitive au sein de l'offre de soin, cette variété conceptionnelle se retrouve chez les patientes dans leurs attentes quant à la stérilisation et la relation médicale dans ce cadre. Avec l'interprétation personnelle offerte par le texte de loi, il revient aux soignants et aux patientes de réguler la contraception définitive féminine. D'un côté, les patientes agissent sur cette pratique par la demande et les besoins exprimés. De l'autre, le corps médical la module par la pratique de l'acte chirurgical, l'information délivrée et plus généralement le choix d'accompagner ou non les patientes vers cette contraception. En laissant la loi à l'appréciation de chacun, s'est instaurée une dualité des acteurs au sein de cette méthode contraceptive qui se trouvent

être les mêmes que dans la relation médicale. A chaque parti impliqué dans la prise de décision se posent plusieurs questions : Quelle valeur donner à l'irréversibilité de la stérilisation ? Quelle considération accorder à la dimension chirurgicale du geste ? Pourquoi y recourir ou au contraire ne pas y recourir ? Peut-on considérer des demandes comme « valables » et d'autres non ?

A travers un recueil bibliographique d'expériences de femmes et un dispositif empirique auprès de professionnels de santé, nous souhaitons éclairer la place de la stérilisation féminine au sein des méthodes contraceptives. Nous tenterons d'apporter des pistes de réflexion à la question suivante : **Comment les soignants et les patientes conçoivent-ils la place de la stérilisation volontaire féminine au sein des méthodes contraceptives ?**

PREMIERE PARTIE : Contextualisation

1.1 Un éclairage législatif

1.1.1 Ce que dit la loi : liens législatifs entre la stérilisation et l'IVG

La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 autorise la stérilisation volontaire pour toute personne majeure qui « *a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences* » (1).

Si ce texte légifère sur les conditions d'accès à la stérilisation pour les patients, il statue également sur celles d'exercice des médecins. En effet, la loi indique « *qu'un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation* » (1). Par ailleurs, la législation impose un délai de réflexion de quatre mois entre la première consultation médicale et l'intervention de stérilisation. Enfin, la loi explique que la personne doit attester de manière écrite « *sa volonté de subir une intervention* » (1) avant que celle-ci ait lieu.

Ainsi, ce texte de loi aborde plusieurs points que nous serons amenés à discuter : l'expression de la volonté d'une contraception définitive par une patiente, la possibilité pour le médecin de refuser, le délai de réflexion et l'information délivrée par le médecin. La brièveté du texte n'élabore pas davantage ces perspectives, ce qui laisse dans la pratique un champ d'interprétation et de mise en application de la législation.

Nous avons précédemment expliqué qu'aucun médecin n'a obligation de répondre positivement à une demande de stérilisation volontaire féminine. Cette liberté de décision accordée au médecin fait écho à celle autorisée dans le cas de l'interruption volontaire de grossesse. Les deux textes législatifs sont en effet réunis au sein de la « *loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* » (4). Cependant, dans le cas de l'interruption volontaire de grossesse, l'article L2212-8 du code de la santé publique (5) stipule que le médecin doit rediriger dans les plus brefs délais vers des praticiens ou sages-femmes « *susceptibles* » d'accepter. Ainsi, on note qu'au sein d'un texte commun, l'obligation de redirection est mentionnée uniquement concernant l'IVG et non concernant la stérilisation. Outre cette première distinction, le texte de loi sur l'IVG fait

mention d'une temporalité restreinte (« *sans délai* », « *immédiatement* ») dont il n'est pas question dans le texte sur la stérilisation volontaire. Ainsi, bien que réunis au sein d'un même texte de loi, les articles diffèrent sur plusieurs points.

1.1.2 La clause de conscience : des réalités plurielles

La possibilité de refuser de pratiquer une stérilisation pour le médecin est communément entendue par le terme « *clause de conscience* » bien que celui-ci ne soit pas employé dans le cadre législatif. Le CNOM décrit la clause de conscience comme un « *droit (pour le médecin de) refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques* » (6). En effet, dans le code de déontologie (7) et le code de la santé publique (8), il est écrit qu'un médecin a le « *droit* » de refuser un soin « *hors cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité* ». Cependant, il est précisé que dans ce cas, le médecin doit l'annoncer au patient et contribuer à la continuité des soins auprès du praticien qui lui succède. La clause de conscience en santé a initialement vu le jour avec la loi Veil de 1975 légalisant l'avortement avant d'être étendue aux contraceptions définitives puis aux recherches sur des embryons humains (6).

Nous tenons à revenir sur la distinction réalisée par M-H. Bernard-Douchez (9) qui distingue l'objection de conscience en tant que « *refus d'accomplir une obligation légale* » de la clause de conscience qui correspond « *à la mesure qui accorde la dispense exceptionnelle d'obéir à la loi* ». A ce titre, nous nous trouvons bien dans le cas de la stérilisation volontaire féminine dans celui d'une clause de conscience prévue par le texte de loi. M-H. Bernard-Douchez y voit une « *coexistence entre le droit et la morale* ». Enfin, M-H. Bernard-Douchez note la difficulté (dans le cas de l'IVG) d'évaluation de l'exercice de la clause de conscience « *en l'absence de déclaration exigée des médecins objecteurs* ». Cela est également le cas pour la stérilisation avec l'absence de chiffres dans notre revue de la littérature quant aux demandes de stérilisation volontaire féminine.

1.2 Le cas français

1.2.1 Une approche comparative

Le CCNE écrivait dans son cinquantième rapport paru en 1996 ayant pour but une réflexion sur l'inclusion de la stérilisation au sein des méthodes contraceptives (10) : « *toute méthode contraceptive*

est le produit d'une culture nationale ou locale et, à chaque époque et dans chaque pays, la population privilégie les techniques qui lui paraissent les mieux adaptées ».

La stérilisation ne déroge pas à la règle. Selon l'INED (3), en 2011, à l'échelle mondiale la stérilisation féminine représentait la méthode de contraception choisie par 29,9% des couples ayant recours à la contraception tandis que le stérilet représentait 22%, la pilule 14,1 %, le préservatif 12,6 % et les méthodes traditionnelles 9,6 %. Ainsi la stérilisation volontaire féminine était la première méthode contraceptive mondialement. Les chiffres de l'ONU (11) concernant la contraception en 2019 confirment que la stérilisation féminine est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde. En 2019, 219 millions de femmes utilisaient la stérilisation féminine, soit 23,7 % des femmes utilisant une méthode contraceptive. L'ONU précise que bien que le taux de prévalence a diminué entre 1994 et 2019 à l'échelle mondiale, le nombre de femmes ayant recours à la stérilisation féminine a augmenté du fait de la croissance démographique, passant de 195 millions de femmes en 1994 à 219 millions de femmes en 2019. L'enquête Fecond menée en 2010 par l'INSERM et l'INED (12) a évalué les contraceptions utilisées par les femmes en France. Nous avons retranscrit les résultats dans le tableau suivant :

	Pourcentage de femmes entre 15 et 49 ans utilisant ces méthodes contraceptives :
Aucune méthode	3,1 %
Stérilisation contraceptive	4,2 % : - 3,9 % stérilisation féminine - 0,3 % stérilisation masculine (du partenaire)
Préservatif	12,2 %
Stérilet (DIU)	20,7 %
Pilule + préservatif	4,6 %
Pilule seule	45 %
Autre méthode	6,2 %
Autres méthodes hormonales (implant, patch, anneau vaginal)	4,0 % : - 2,6 % pour l'implant - 1,0 % pour l'anneau vaginal - 0,4 % le patch contraceptif

Tableau 1 : Méthodes contraceptives utilisées par les femmes entre 15 et 49 ans "en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant" (12). Les chiffres sont tirés de l'étude Fecond 2010.

On constate un recours à la contraception définitive minoritaire en France en comparaison à la part de cette contraception à l'échelle mondiale. Pour ce qui est du cas français, parmi les femmes ayant recours à la contraception définitive comme méthode contraceptive, il y avait en 2010 une prédominance du recours à la stérilisation féminine par rapport à celui de la vasectomie du conjoint (3,9 % de stérilisation féminine contre 0,3 % de stérilisation masculine). Cette prédominance de la stérilisation féminine sur celle masculine en France est confirmée par les chiffres de l'ONU de 2013²(2). Les résultats de l'étude Fecond de 2010 soulignent que la pilule reste la contraception la plus utilisée en France pour toutes les tranches d'âge sauf pour celle de 45 à 49 ans. Dans cette tranche d'âge, la pilule est la méthode contraceptive de 25 % des femmes et le stérilet de 36,8 % des femmes. Les femmes de 45 à 49 ans représentent également la tranche d'âge dont la part de l'utilisation d'aucune méthode contraceptive est la plus grande (5,1% des femmes de 45 à 49 ans). L'équipe de l'étude Fecond explique constater un modèle contraceptif français « *peu flexible* ». Elle explique la préférence pour l'usage du préservatif en début de vie sexuelle puis une orientation vers la pilule « *dès que la vie sexuelle se régularise* » (12) et enfin le choix fait par les couples du DIU après avoir eu le nombre d'enfants souhaité.

Pour ce qui est de la contraception définitive, l'enquête Fecond tend à montrer des variations selon l'âge des femmes :

	Part de la stérilisation (féminine et masculine confondues) dans les méthodes contraceptives utilisées par des femmes entre 15 et 49 ans en 2010 :
35-39 ans	3,1 %
40-44 ans	8,5 %
45-49 ans	12,2 %
Sur l'ensemble (de 15 à 49 ans)	4,2 % : - 3,9 % stérilisation féminine - 0,3 % stérilisation masculine (du partenaire)

Tableau 2 : part de la stérilisation dans les méthodes utilisées par les femmes selon la tranche d'âge (résultats tirés de l'étude Fecond 2010)

² Les chiffres de l'ONU (2) de 2013 sont les suivants concernant la contraception définitive : la stérilisation féminine représente la méthode contraceptive en France de 3,8 % des femmes entre 15 et 49 ans mariées ou dans une union tandis que la vasectomie concerne la contraception de 0,8 % de ces femmes.

Dans la présentation graphique des résultats de l'enquête Fecond (12), le pourcentage de stérilisation n'est pas indiqué pour les tranches d'âge allant jusqu'à 29 ans. La stérilisation est représentée pour la tranche d'âge 30-34 ans sans indication du pourcentage. Cependant, une estimation via l'échelle graphique amène à considérer que la stérilisation contraceptive (féminine et masculine) représente la contraception de 1% des femmes dans cette tranche d'âge (30-34 ans). De 35 à 49 ans, on constate une part croissante avec l'âge, des femmes ayant recours à la stérilisation contraceptive (féminine et masculine) comme méthode contraceptive.

Une approche comparative amène également à considérer les évolutions de recours à la stérilisation au fil du temps. Les chiffres donnés par l'INED (13) tendent à montrer une diminution du recours à la stérilisation comme méthode contraceptive au fil des années et cela même après la légalisation. Toutefois, les indications ayant été modifiées entre autres par la légalisation limitent les comparaisons. Dans l'enquête Fecond 2010 (12), la stérilisation féminine et masculine concernait 4,2 % des femmes en 2010 alors que l'INED (13) donne le chiffre de 3,7 % pour la même année 2010.

1968	1973	1978	1983	1988	1994	2000	2010	2013
9,7 %	9,1 %	8,5%	7,8 %	7,1%	5,6%	5,4 %	3,7 %	3,2%

Tableau 3 : Chiffres de l'INED sur l'utilisation de la stérilisation contraceptive par les « femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive ou n'en utilisant pas et n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir ». (chiffres mis à jour en mai 2018)

Chiffres en bleu : avant la légalisation en France

Chiffres en rouge : après la légalisation en France

Une étude Santé Publique France réalisée en 2016 (14) s'intéressait aux méthodes contraceptives des femmes « âgées de 15 à 49 ans concernées par la contraception c'est-à-dire non ménopausées, non stériles, non enceintes, qui avaient eu un rapport sexuel avec un homme au cours des douze derniers mois et qui ne cherchaient pas à avoir un enfant ». Dans cette étude est entreprise une démarche comparative avec les chiffres de l'enquête Fecond de 2010 et 2013. Parmi les 4315 femmes entre 15 et 49 ans interrogées en 2016 (14), 71,9% étaient concernées par la contraception selon les critères de l'enquête précédemment expliqués. Dans cette étude de 2016, les chiffres de la contraception définitive (non différenciés féminine ou masculine) sont les suivants :

	Part de la stérilisation (féminine et masculine confondues) dans les méthodes contraceptives utilisées par des femmes entre 15 et 49 ans en 2016 :
15-19 ans	Non indiquée
20-24 ans	Non indiquée
25- 29 ans	Non indiquée
30- 34 ans	2,5 %
35- 39 ans	4,5 %
40- 44 ans	8,7 %
45-49 ans	11 %
Ensemble des tranches d'âge	4,5 %

Tableau 4 : Part de la stérilisation (féminine et masculine) dans les méthodes contraceptives utilisées par les femmes entre 15 et 49 ans en 2016

La tendance à un recours croissant au fil de l'âge est retrouvée en 2016 (14) tout comme en 2010 (12). De même que pour les chiffres que nous avons de l'étude Fecond en 2010, dans les tranches d'âge comprises entre 15 et 29 ans, aucun chiffre n'est indiqué concernant la contraception définitive. Enfin, dans l'étude de 2016, on retrouve des chiffres semblables concernant la stérilisation à ceux de 2010 alors que des variations pour les autres méthodes contraceptives et notamment une baisse du recours à la pilule avec un report entre 2010 et 2016 vers le préservatif, l'implant et le DIU étaient mises en lumière dans l'étude de 2016 de Santé Publique France (14).

1.2.2 Données démographiques

Les chiffres de l'Insee (15) relatent une augmentation de l'âge moyen des mères en France depuis les années 1980. L'âge moyen des mères pourrait être interprété « *comme l'âge moyen auquel une génération fictive de mères donnerait naissance à leurs enfants si leurs taux de fécondité par âge étaient ceux observés l'année considérée* » (16). Nous avons retranscrit l'âge moyen des mères tous les cinq ans depuis 1980 en France et selon les chiffres de l'Insee :

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Age moyen des mères (en années)	26,8	27,5	28,3	29	29,4	29,7	30	30,4	30,9

Tableau 5 : âge moyen des mères en France entre 1980 et 2020 (chiffres Insee)

Un recul de l'âge du premier enfant est observé en France. En 1974, les femmes avaient leur premier enfant en moyenne à 24 ans en France. En 2015, l'âge moyen de la mère au premier enfant était de 28,5 ans. A cela, l'Insee livre trois explications : la place grandissante des femmes sur le marché du travail, la « *généralisation des études* » et la démocratisation de la contraception (16). L'âge moyen à la première maternité avait baissé jusqu'au milieu des années 1970 avant d'augmenter. De même, on observe un recul de l'âge maternel pour les secondes et troisièmes grossesses avec les mêmes tendances temporelles que pour les premières grossesses, à savoir un recul rapide jusqu'à la fin des années 90 puis plus modéré. Les femmes donnaient naissance à leur second enfant en 1998, en moyenne 3 ans plus tard qu'en 1974 et 1,1 an plus tôt qu'en 2015 (16).

Outre les évolutions en termes d'âge maternel, d'autres évolutions de procréation ont été observées. En 1978, naissait Louise Brown en Grande Bretagne par procréation médicalement assistée. En 2018, en France, un enfant sur trente serait né d'une procréation médicalement assistée, soit 3,4 % des naissances. Un accroissement linéaire des FIV a été observé depuis les années 80 à l'origine d'une augmentation de 0,5 % de la proportion d'enfants conçus par FIV tous les 7 à 8 ans (17).

Plusieurs auteurs questionnent la manière d'appréhender les avancées en termes de procréation en comparaison à celles de non-procréation. Dans « *Regret, shame, and denials of women's voluntary sterilization* », D. Lalonde (18) explique que « *les femmes qui demandent un traitement de la fertilité ne sont pas interrogées dans la même mesure ni de la même manière que les femmes qui demandent une stérilisation* ». En reprenant le travail de H. Mertes (« *The role of anticipated decision regret and the patient's best interest in sterilisation and medically assisted reproduction* (19) »), D. Lalonde insiste sur le fait que les femmes émettant une demande de PMA ne sont pas amenées à se justifier comme le sont les femmes demandant une stérilisation. Elle explique que le « *meilleur intérêt de la femme* » est seulement pris en compte dans le cas de la stérilisation et non dans la PMA. De même, elle montre que la notion de regret est quasi-exclusivement avancée pour les demandes de stérilisation. D. Lalonde explique ces pratiques en partie par l'existence d'un tabou quant au regret d'avoir eu des enfants. De même, C. Froidevaux-Metterie explique que la maternité « *apparaît* » comme le choix « *le plus sublime de tous* » en partie du fait de la diffusion de la PMA (20). Elle s'appuie sur les travaux de O. Donath sur le regret de la maternité, travaux qui ont montré un regret non pas des enfants en tant qu'êtres mais de l'expérience de la maternité. C. Froidevaux-Metterie affine ainsi le concept de regret en expliquant que le regret diffère de la souffrance ou des difficultés rencontrées en ce que les « *inconvenients l'emportent au point que toute considération positive devient impossible* » (20).

En 2019, l'indicateur conjoncturel de fécondité, c'est-à-dire le « *le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés* » (21) en France était de 1,86 enfant par femme. C'était le plus élevé d'Europe, l'indicateur conjoncturel de fécondité dans l'Union Européenne étant de 1,56 enfant par femme en 2019.

En 2010, 4,3 % des femmes et 6,3 % des hommes déclaraient ne pas avoir d'enfants et ne pas en vouloir dans l'enquête Fecond (22). Dans l'article « Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant (22) », il a été mis en évidence que l'infécondité volontaire déclarée était supérieure chez les personnes qui n'étaient pas en couple. Chez les femmes en couple, l'infécondité volontaire était de 3,1 % contre 10,6% chez les femmes qui n'étaient pas en couple. On retrouve la même tendance chez les hommes, où l'infécondité volontaire concerne 5,0 % des hommes en couple et 17,6 % des hommes qui n'étaient pas en couple (22). Charlotte Debest a montré que les « *raisons libertaires* », c'est-à-dire l'agrégation de plusieurs critères (« *le fait d'être bien sans enfant, de vouloir rester libre, d'avoir d'autres priorités* ») sont majoritaires. Ce constat laisse émerger la notion « *d'épanouissement personnel* » comme prédominante dans le choix de rester sans enfant (23)(22).

1.2.3 La prise en charge

La stérilisation volontaire féminine est réalisée par un médecin qualifié en chirurgie gynécologique. La loi précise que cette intervention « *ne peut être pratiquée que dans un établissement de santé* » (1).

Un rapport de la HAS (24) relate qu'en 2011, 60 % des stérilisations féminines étaient réalisées dans le secteur public alors que 70 % des vasectomies étaient réalisées dans un établissement privé (p.47). Les frais à charge du patient correspondent :

- Au forfait hospitalier, forfait hospitalier faible étant donné que l'hospitalisation varie entre 0 et 1 jour pour les stérilisations (en dehors de la stérilisation féminine par laparotomie)
- Aux éventuels dépassements d'honoraires dans le secteur privé.

Un livret d'information « *doit* » être remis à la patiente sans pour autant remplacer une information orale rappelle la HAS (25). La stérilisation féminine se déroule généralement en ambulatoire et ne nécessite pas d'hospitalisation. L'intervention de stérilisation par coelioscopie a une durée d'environ trente minutes.

1.3 Mise en perspective historique

1.3.1 Un usage eugéniste

Le terme *stérilisation* fait écho à l'usage qui a été fait de celle-ci au cours de l'histoire. La première stérilisation par ligature tubaire a été pratiquée par Lungren aux Etats-Unis en 1880 (26). A partir du XXème siècle, la stérilisation va servir à la mise en place de théories eugéniques. L'eugénisme a été théorisé au XIXème siècle par Francis Galton en se fondant entre autres sur la théorie de l'évolution de Darwin appliquée aux sociétés humaines (27). L'eugénisme correspond à « *l'ensemble des recherches (biologiques, génétiques) et des pratiques (morales, sociales) qui ont pour but de déterminer les conditions les plus favorables à la procréation de sujets sains et, par là même, d'améliorer la race humaine.* » (28). On différencie l'eugénisme positif qui favorise la reproduction des sujets considérés aptes ou de valeur de l'eugénisme négatif qui vise à limiter et empêcher la reproduction des individus jugés inaptes. La stérilisation, en supprimant les fonctions procréatrices, a donc été utilisée dans le cadre d'un eugénisme négatif.

La légalisation de la stérilisation dans une visée eugénique débuta aux Etats Unis, en 1907 dans l'Etat d'Indiana avant de s'étendre à d'autres Etats puisqu'en 1944, 33 Etats l'avaient légalisée (27). Les individus étaient jugés éligibles à la stérilisation selon une liste. Cette liste visait entre autres les personnes atteintes de troubles mentaux, les personnes avec une cécité ou une surdité, celles avec une addiction alcoolique, les criminels ou les « *personnes à charge* » (27). Les chiffres varient quant au nombre de personnes stérilisées dans ce cadre. Ainsi, plusieurs sources estiment aux alentours de 50 000 et 60 000 le nombre de personnes ayant été stérilisées à visée eugéniste au cours du XXème siècle aux Etats Unis (29)(30) tandis qu'on retrouve une estimation à 30 000 personnes stérilisées (31). La mise en place de cette stérilisation s'est faite sur le projet de loi d'Harry Laughlin qui reçut par la suite, en 1936 , « *un honorary medical degree de l'Université de Heidelberg, alors sous contrôle nazi* » (31) pour son travail sur l'eugénisme.

L'usage de la stérilisation à visée eugénique s'est répandu en Europe au XXème et notamment en Allemagne. Comme le souligne C. Bachelard-Jobard (32), l'idéologie eugénique n'a pas émergé en Allemagne avec le troisième Reich mais a vu le jour dès le début du XXème siècle. A la suite de la Première Guerre Mondiale, plusieurs médecins allemands revendiquaient la nécessité d'une stérilisation des individus jugés inaptes. Suite aux résultats des élections législatives de juillet 1932 en Allemagne, a été adoptée en juillet 1933 la « *loi sur la prévention de la transmission des maladies héréditaires* ». Dans ce cadre, huit maladies ont été considérées comme motifs de stérilisation parmi

lesquelles la schizophrénie ou encore la cécité héréditaire. Plusieurs personnes pouvaient faire la demande de stérilisation dont le médecin lui-même. La prise de décision passait ensuite devant une instance constituée de trois personnes, au sein de laquelle siégeaient deux médecins (32). Ce programme de stérilisations forcées aurait pris fin en 1939 avec le début de la guerre. Les chiffres diffèrent quant au nombre de personnes ayant été stérilisées dans ce cadre. Un membre de « *tribunal héréditaire* » estimait que chaque année 200 000 personnes étaient stérilisées alors que le chiffre donné par les autorités allemandes variait entre 62 463 et 71 760 personnes stérilisées par an (32). Benno Muller-Hill (33) avance lui le chiffre de 350 000 à 400 000 personnes stérilisées jusqu'en 1939. Enfin, les chiffres quant aux décès post-opératoires diffèrent également. Il y aurait eu 437 décès selon les autorités allemandes contre 6000 sur la même période par la médecin et historienne de la médecine Claire Ambroselli (32).

En Scandinavie, plusieurs lois de stérilisation à visée eugéniste ont également été adoptées au XXème siècle. Les personnes ayant un retard mental jugé moyen à sévère pouvaient être stérilisées sans consentement à partir de 1934 en Suède, Norvège et Finlande. Des lois rendant obligatoire la stérilisation des personnes handicapées mentales sont mises en place en 1934 au Danemark, 1941 en Suède et 1950 en Finlande. Ces lois ont été abrogées entre 1967 et 1973 au Danemark, en 1970 en Finlande, en 1975 en Suède et 1977 en Norvège (34). Dans ce cadre, en Suède 63 000 personnes auraient été stérilisées entre 1935 et 1976, parmi ces personnes 93 % étaient des femmes. Les modalités de stérilisations ont été variables d'un pays à l'autre. Par exemple en Norvège, la loi « *n'autorisait pas la contrainte* » (34) mais elle pouvait être réalisée sans le consentement de la personne et sur demande de la tutelle en cas de déficience intellectuelle. Au Danemark, la majorité des personnes stérilisées dans le cadre des lois eugéniques l'ont été avec un consentement mais sous contrainte et chantage « *à l'autorisation d'avorter, au retrait du droit de garde des enfants* »(34). En Scandinavie, les stérilisations dans le cadre de ces lois ont majoritairement touché les femmes et ont trouvé des motifs dans une indication explicitement « *eugénique* », mais également « *social(e) (personne qui ne peut subvenir à ses propres besoins ou à ceux de sa famille) ou moral(e) (immoralité sexuelle)* »(34).

Comme le souligne C. Bachelard-Jobard, « *la France ne s'est jamais dotée de loi instituant la stérilisation facultative ou obligatoire de certains individus, notamment les personnes handicapées mentales* » (32). Toutefois, G. Terrenoire rappelle dans « *L'eugénisme en France avant 1939* » (35) les débats au sein de la SFE quant à la stérilisation et la proposition par C. Richet en 1919 de stérilisation des « *anormaux* ». Elle rappelle également les propositions de stérilisation d'autres personnalités telles qu'Alexis Carrel qui préconisait la stérilisation des « *des fous et faibles d'esprit* » (35). Bien

qu'aucune loi de stérilisation à visée eugénique n'ait été mise en place en France, la découverte des stérilisations non volontaires en Scandinavie en 1997 a amené à s'intéresser à la stérilisation des personnes avec un handicap mental en France. En 1998, A. Giami et C. Lavigne (36) expliquent la difficulté d'évaluer l'ampleur des stérilisations réalisées à l'insu des personnes handicapées mentales étant donné l'illégalité du geste. Ils expliquent que la stérilisation des personnes handicapées mentales « *n'émane pratiquement jamais spontanément d'elles-mêmes* » ce qui questionne « *leur pleine conscience de l'opération* ». La chercheuse D. Moysé (37) mentionne, elle, le chiffre donné par l'IGAS en 1998 dans son rapport, à savoir qu'il y aurait eu 500 cas déclarés de ligatures tubaires par an de personnes handicapées mentales ou en institution quand bien même il s'agissait d'une pratique interdite. Le journal Libération (38), en 1996, avait lui donné un chiffre bien différent suite à une étude réalisée en Gironde et de laquelle il ressortait que plus de deux femmes sur trois handicapées mentales et en foyer étaient stérilisées. Il était bien précisé que ce chiffre se référait à l'étude effectuée en Gironde et n'avait pas vocation à être extrapolé au territoire national. La difficulté de chiffrer les pratiques de stérilisation a été appuyée par les travaux de N. Diederich (chercheuse en sociologie à l'INSERM) qui rappelait que cette pratique était toutefois existante en France. A l'heure actuelle, les demandes de stérilisation pour des femmes avec des handicaps mentaux ou psychiques représenteraient moins de 5 % des stérilisations (39). L'absence de chiffres avant la légalisation empêche une évaluation précise de l'effet de la loi de 2001 sur les personnes sous protection de justice. La loi de 2001 (40) autorise la stérilisation sur une personne majeure avec une « *altération des facultés mentales* » uniquement « *lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en oeuvre efficacement* »(40). La stérilisation ne peut être effectuée qu'après autorisation du juge des tutelles saisi par un tiers. Il est précisé que « *le refus de la personne protégée fait obstacle à la saisine du juge* » et qu' « *il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement* » (40).

Outre les cas de stérilisation effectuée sur des personnes avec un handicap mental, dans *Philosophie du soin* (39), B. Branger et P. David expliquent qu'avant les années 2000, en France, « *il n'était pas rare que, de façon assez consensuelle dans la pratique professionnelle, une telle ligature soit proposée et réalisée au décours de la troisième césarienne de manière prophylactique, au prétexte du risque de rupture utérine lors d'une quatrième grossesse* ». Bien qu'il n'ait jamais été mis en place de politiques et de lois de stérilisations de certaines femmes, on voit qu'en France, certaines pratiques de stérilisation sont venues questionner le consentement et la volonté des personnes sujets de stérilisation.

1.3.2 Vers la légalisation

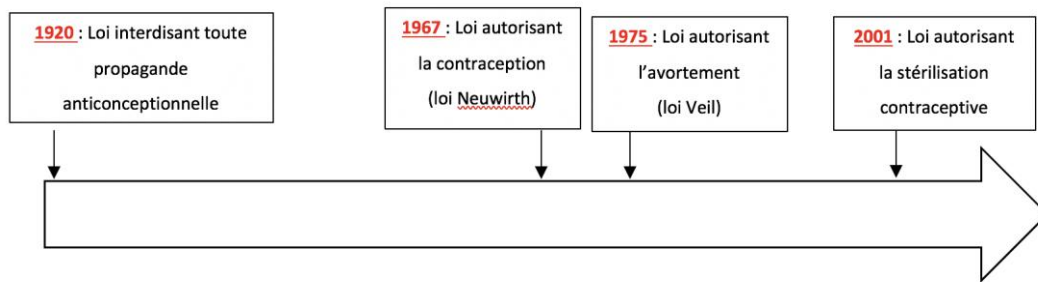


Figure 1 : Chronologie législative concernant la contraception et l'avortement

Au lendemain des pertes humaines de la Première Guerre Mondiale est adoptée, en 1920, une loi qui condamne toute propagande à l'avortement et à la contraception. En 1956 est créée l'association « La maternité heureuse » par la gynécologue Marie-Andrée Lagroua, association qui deviendra en 1960 le « Mouvement Français pour le Planning Familial ». Cette association œuvre, entre autres, à la légalisation de la contraception. Toutefois, le positionnement du corps médical n'est pas homogène. Dans un communiqué en 1962, le Conseil de l'Ordre des Médecins explique que « *le médecin n'a aucun rôle à jouer en ce domaine et aucune responsabilité à assurer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans le conseil au public ou les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens* » (41). En 1967, le député Lucien Neuwirth fait finalement adopter la « *loi relative à la régulation des naissances* » (42) qui abroge celle de 1920 et autorise la contraception, notamment celle orale. La pilule contraceptive avait été conçue près de 10 ans auparavant par Gregory Pincus aux Etats-Unis. En 1974, quelques mois avant l'adoption de la loi Veil, est voté le remboursement de la pilule contraceptive, ce qui démocratise son usage. Dans la continuité de la légalisation de la contraception, en janvier 1975, est légalisé l'avortement par la loi Veil pour une « *période probatoire de 5 ans* » (23). Sa légalisation devient définitive en 1979. En 1982, le remboursement de l'IVG est attesté par la loi Roudy.

Malgré ces avancées en termes de contraception et d'avortement, le positionnement de plusieurs institutions médicales reste ferme quant à la stérilisation. En 1964, le CNOM rappelait que « *la stérilisation préventive à but uniquement anticonceptionnel est rigoureusement interdite* » (43) et la considérait comme une « *mutilation* » en 1975. La même année, en 1975, la France signe une recommandation européenne incitant à considérer la stérilisation comme un « *service médical* » (44)(43). La France ne légifère cependant pas dessus contrairement à d'autres pays européens. Un an plus tard, en 1976, est créée par des médecins l'Association Nationale pour l'Étude de la Stérilisation

Volontaire qui considère à l'issue de la première assemblée que la stérilisation pourrait être une avancée en santé. Par la suite, cette association proposera en 1983 un projet de loi auquel les législateurs ne répondent pas (43). En 1996, la Société Française d'endoscopie gynécologique estime qu'il y a 30 000 à 40 000 stérilisations féminines en France chaque année (44), ce qui témoigne de l'ampleur de son utilisation. En 2000, dans un communiqué de presse commun (45), le CNOM et l'Académie Nationale de Médecine se disent finalement favorables à la légalisation de la stérilisation à visée contraceptive. Ce changement de position est nourri par celui, en 1999, de l'article 16-3 du code civil. En effet, l'article modifié autorise l'atteinte « *à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale* » et non plus qu'en cas de nécessité « *thérapeutique* ». Dans leur communiqué de 2000, le CNOM et l'Académie Nationale de Médecine explique que « *pour des raisons médicales précises, le médecin peut être amené à porter l'indication d'une telle contraception (la stérilisation), qu'il y ait une demande initiale du patient ou que sa situation conduise à le lui proposer.* » La stérilisation contraceptive devient légale par la loi du 4 juillet 2001.

1.4 Une approche technique

1.4.1 Les différentes méthodes

Il existe différentes techniques chirurgicales de stérilisation à visée contraceptive (46) qui ont pour but d'empêcher anatomiquement la rencontre entre un ovule et un spermatozoïde :

- La ligature des trompes
- La pose d'anneaux ou de clips
- L'électrocoagulation

La stérilisation se réalise majoritairement sous anesthésie générale (elle peut se faire sous anesthésie loco-régionale selon la technique utilisée). La salpingectomie totale bilatérale est une technique qui revient à retirer les deux trompes de Fallope et contribue à diminuer le risque de cancer de l'ovaire. La salpingectomie bilatérale partielle amène à retirer une partie de chacune des deux trompes par la technique de Pomeroy, c'est-à-dire la « *ligature-résection d'une anse de la partie isthmique de la trompe* » d'après le dictionnaire de l'Académie de Médecine (47). La ligature par clips et anneaux revient à pincer les trompes par les clips de Filshie ou de Hulka ou bien par un anneau de Yoon. Enfin, l'électrocoagulation utilise le courant électrique pour cautériser une partie des trompes de Fallope.

Ces méthodes se réalisent « *généralement* » (46) par coelioscopie. Elles peuvent également être réalisées lors d'une autre intervention par laparotomie (par exemple pendant une césarienne si la demande a été effectuée auparavant) ou par culdoscopie, c'est-à-dire une coelioscopie *via* le cul de sac postérieur du vagin. La stérilisation ne modifie pas le cycle hormonal et n'a donc pas d'effet sur les règles pour les femmes. La stérilisation a un indice de Pearl de 0,5 (OMS (48))

La HAS recommande de présenter la stérilisation comme une technique irréversible étant donné le « *résultat aléatoire* » d'une « *opération restauratrice* » (46). De même, le livret d'information du ministère de la Santé à destination des patientes précise que « *les grossesses après reperméabilisation tubaire ne sont obtenues que dans une minorité de cas* » (49).

Jusqu'en août 2017, il existait une autre méthode de stérilisation, appelée Essure. Toutefois, suite aux signalement d'effets secondaires et à une surveillance du dispositif par l'ANSM (50), cette méthode a été suspendue en France en 2017 puis dans tous les pays en 2018. Les implants Essure étaient posés dans les trompes de Fallope. De par leur composition avec des fibres de polyéthylène survenait une fibrose des trompes qui rendait la stérilisation effective au bout de trois mois. Pendant ce délai, il fallait donc conserver une autre méthode contraceptive. La pose se faisait par hystéroscopie, en ambulatoire et ne nécessitait pas d'anesthésie générale. Par ailleurs, il fallait vérifier par imagerie (radiographie ou échographie) le bon positionnement des implants suite à la pose.

Pour ce qui est de la stérilisation masculine (vasectomie), elle correspond à une section des canaux déférents par abord cutané et se réalise sous anesthésie locale. La stérilité est obtenue par azoospermie confirmée par un spermogramme à distance de l'intervention. Pour la stérilisation masculine, il est possible de conserver son sperme au CECOS.

1.4.2 Recommandations et littérature scientifique

En 2004, l'ANAES, l'INPES et l'ANSM ont fait part de recommandations dans la pratique clinique (51), recommandations reprises par la HAS dans son document de synthèse *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles* (25) de 2013 et dans sa fiche mémo *Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme* (52) de 2013. Il y est recommandé de « *n'envisager cette méthode (la stérilisation) chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution* ». Cela est justifié par le fait que « *la littérature démontre en effet que le risque de regrets suite à l'intervention est d'autant plus élevé que la femme est jeune et qu'elle a moins (ou n'a pas) d'enfants à la date de l'intervention* ». Par ailleurs, ces recommandations

suggèrent d'évoquer systématiquement « *le risque de regret potentiel et d'explorer avec elle (la patiente) ses motivations et son désir d'enfant.* » (52)

Ces recommandations invitent donc à une prise en charge différenciée des patientes en fonction de l'âge et de la parité des patientes. Cette prise en charge différenciée contraste avec l'indication générale de la HAS pour la stérilisation contraceptive, à savoir une indication pour les « *femmes majeures en âge de procréer* » avec un désir de contraception irréversible et permanente ou bien les femmes ayant des contre-indications à une grossesse. (25)

Ces recommandations se fondent explicitement sur la littérature scientifique et prennent ancrage dans une médecine fondée sur les preuves. L'accent est mis sur une prévention d'un *regret*. En 2018, D. Lalonde (18) expliquait que les recherches sur le regret post-stérilisation se fondaient sur « *l'hypothèse selon laquelle ce sont uniquement ou principalement les femmes qui cherchent à se faire stériliser qui ont des regrets* ». D. Lalonde a mis en exergue que la recherche scientifique s'intéressait majoritairement au regret post-stérilisation en ignorant « *en grande partie les femmes qui se voient refuser la stérilisation* ». Elle citait deux études (53)(54) qui avaient investigué les échecs de demandes de stérilisation. L'une d'entre elles (54) observait une plus grande part de regret chez les femmes n'ayant pu avoir de stérilisation en comparaison à celles ayant eu une stérilisation. La nécessité d'entreprendre des recherches sur le regret de ne pas avoir recouru à la stérilisation est également un point esquissé dans la discussion d'une revue systématique examinant le regret post-stérilisation (« *Regret following female sterilization at a young age: a systematic review* » (55)). Un élargissement du champ de recherche permettrait d'appréhender plus largement la notion de regret touchant à la stérilisation.

Les recommandations de 2004 invitent à présenter la stérilisation comme irréversible tout en précisant qu'il existe le recours à la PMA ou à des chirurgies de reconstitution anatomique (25) dont l'efficacité reste faible. La formulation de cette recommandation laisse quelques zones d'ombre. D'un côté, elle invite à se référer à la stérilisation comme une technique irréversible. Toutefois, la mention de procédures en cas de changement d'avis semble être à l'appréciation du praticien. On peut se demander si la mention de ces procédures dans les recommandations est uniquement à l'égard du praticien ou si celle-ci a vocation à être partagée avec les patientes lors de la présentation de la technique.

Si l'on s'intéresse aux recommandations plus récentes, à savoir celles de la HAS mises à jour en juillet 2019(56), il est recommandé d'échanger avec la patiente sur les « *motifs de sa demande* » et de s'assurer de sa liberté de sa volonté. Il est également demandé d'informer la patiente sur les

alternatives contraceptives. L'évocation de l'éventualité d'un regret avec la patiente est un élément maintenu dans les recommandations de 2019. Des situations « *nécessitant des précautions d'emploi* » sont évoquées. Parmi celles-ci, on retrouve l'attention accordée à l'âge et au nombre d'enfants de la patiente. Dans les recommandations de 2019, il est également recommandé de s'enquérir du nombre d'IVG et de l'expérience contraceptive de la patiente. Enfin, il est recommandé de proposer « *au besoin* » une aide à la personne dans sa prise de décision. Le besoin n'est pas explicitement défini. S'agit-il du besoin exprimé par la patiente ? Ou l'évaluation du besoin revient-elle au soignant ? Les recommandations suggèrent comme aide à la décision « *au besoin* » une consultation avec un psychologue, un psychiatre ou un conseiller conjugal. Enfin, il est recommandé d'orienter la patiente vers un soignant pratiquant cet acte si ça n'est pas le cas du soignant qui reçoit la patiente.

1.5 Expériences de femmes

Nous avons recensé des expériences de femmes quant à la contraception définitive féminine. Pour cela, nous avons entrepris un recueil de 22 récits accessibles publiquement sur internet issus de 17 sources différentes. Les témoignages recensés ont été réalisés entre 2013 et 2022. Pour accéder à ces témoignages, nous avons utilisé les moteurs de recherche *Safari*, *Google Chrome*, *Youtube* et *Spotify*. Nous avons recensé 4 témoignages issus de podcasts, 5 témoignages sous un format audiovisuel et 13 récits écrits issus de blogs et de sites internet. Ainsi, nous avons pu identifier une part de la demande de stérilisation féminine. Nous avons entrepris un travail qualitatif sur ces récits divers et variés de femmes afin d'identifier leurs caractéristiques et mieux comprendre ce qui en ressortait à travers l'expression spontanée.

1.5.1 Les femmes qui témoignent

Légende des lignes du tableau 6 :

numérotation en fonction des références des sources de la revue des témoignages en annexe 1

S = numéro de la source

T = numéro du témoignage au sein de la source

* : son nouveau conjoint a également une fille

	Nombre d'enfants	Temporalité de la démarche, de la stérilisation et du témoignage	Nombre d'IVG et positionnement déclaré sur l'IVG	Nombre de gynécologues consultés avant accord
S1	0	- Témoignage à 27 ans - Demande à 21 ans, - Démarche qui a duré 3 ans - Stérilisée depuis 4 ans	Oui : 7 IVG (1ère IVG à 14 ans)	16
S2, T1	2	- Témoignage à 40 ans - S'est laissée quelques semaines de réflexion pour contacter un praticien - Opération programmée dans quelques semaines		0
S2, T2	0	- Témoignage à 33 ans - Stérilisation à 31 ans - A opté pour un stérilet à 27 ans car elle pensait qu'aucun praticien n'accepterait sa demande de stérilisation - A commencé à chercher un praticien pour sa stérilisation à 30 ans - Au total, se sont écoulés 5 à 6 ans entre l'idée de la stérilisation et l'opération	Dit que si elle se rendait compte d'une grossesse, elle avorterait sans hésitation	0
S3, T1	3	- Stérilisation à 38 ans		
S3, T2	3	- Témoignage à 35 ans		- Refus de son gynécologue - N'a pas encore trouvé de praticien - A décidé d'attendre ses 39 ans pour pouvoir y accéder
S4	1	- Témoignage à 26 ans, trois jours après sa stérilisation		5
S5	0	- Témoignage à 26 ans, - A l'idée de se faire stériliser depuis ses 20 ans - Opération programmée dans quelques mois	Explique avoir la crainte d'un jour devoir recourir à l'IVG. Elle explique que si elle découvrirait être enceinte, elle aurait recours à une IVG.	0
S6, T1	3	- A débuté ses démarches à 34 ans, quatre mois avant le témoignage - Opération prévue dans « quelques semaines »		Plusieurs refus (sans précision du nombre)
S6, T2	0	- Témoignage à 25 ans - Opération prévue dans quelques mois	Oui : 1 IVG	
S7	0	- Témoignage à 21 ans - Démarche active à partir de 19 ans - Stérilisée à 20 ans - Idée de la stérilisation à 16 ans		- un refus d'un gynécologue + 1 refus temporaire de l'anesthésiste qui est revenue sur sa décision pour accepter
S8	0	- Stérilisée à 27 ans - Témoignage une semaine après sa ligature.	Exprime sa crainte de changements législatifs sur l'IVG	0

S9	0	- Débute sa démarche à 23 ans, - À 28 ans elle « <i>vient de se faire stériliser</i> »		
	Nombre d'enfants	Temporalité de la démarche, de la stérilisation et du témoignage	Nombre d'IVG et positionnement déclaré sur l'IVG	Nombre de gynécologues consultés avant accord
S10	0	- Stérilisation à 29 ans		
S11, T1	2	- A débuté sa démarche à 38 ans - Stérilisation à 41 ans - Témoignage à 43 ans	Oui : 1 IVG Et 1 fausse couche (L'IVG et la fausse couche ont eu lieu entre 38 et 41 ans)	Plusieurs refus (sans précision du chiffre)
S11,T2	0	- A formulé sa première demande de stérilisation à 20ans - Ligature à 40 ans ou 41 ans - Témoignage à 43 ans		Plusieurs refus (sans nombre)
S12	0	- A commencé à se renseigner à 20 ans - A débuté sa démarche de stérilisation à 22 ans - Stérilisation à 26 ans		8
S13	0	Témoignage à 27 ans		- N'a pas encore fait la demande mais l'envisage - Est freinée par l'aspect médical
S14, T1	0	- Témoignage à 26 ans - Dit avoir trouvé un gynécologue qui accepte (sans plus de précision)		Plusieurs refus (sans précision du chiffre)
S14, T2	2*	- Témoigne un peu moins d'un an après sa stérilisation		Plusieurs refus (sans précision du chiffre)
S15	0	- Stérilisation avant 40 ans (sans préciser l'âge) - Sur son blog, elle écrit s'être faite ligaturée « <i>pour</i> » ses 38 ans		1
S16	3	- Stérilisation à 30 ans		0
S17	3	- Stérilisation à 33 ans	- N'a eu aucune IVG - Dit être « <i>contre</i> » l'avortement avec son conjoint	0

Tableau 6 : Résultats du recueil des témoignages de femmes

Tout d'abord, nous avons pu constater une hétérogénéité dans les profils des femmes concernées par la stérilisation. Dans notre recueil, les femmes qui témoignent sont âgées de 21 à 43 ans. Pour celles qui ont déjà été stérilisées, elles l'ont été entre 20 et 41 ans. Le nombre d'enfant est variable d'une femme à l'autre dans notre recueil allant de 0 à 3 enfants. 13 femmes n'ont pas d'enfants, 1 femme a 1 enfant, 3 femmes en ont 2 et 5 femmes en ont 3.

Parmi les 22 récits de femmes analysés, 15 femmes sont stérilisées, 4 ont l'intervention chirurgicale programmée, 1 explique avoir trouvé un gynécologue qui a accepté sa demande sans

préciser si l'intervention a eu lieu ou est programmée. Enfin, 1 femme a eu un refus de son gynécologue et n'ayant pas trouvé de praticien, elle a décidé d'attendre ses 39 ans pour renouveler sa demande (S3T2). Enfin, 1 femme explique désirer rester sans enfant et envisage de recourir à la ligature mais se sent freinée par la dimension médicale de l'intervention (S13).

Trois femmes s'expriment expliquent avoir déjà recouru à une interruption volontaire de grossesses (deux femmes en ont eu une et une en a eu sept). Trois femmes ayant recours à la stérilisation du fait d'un non-désir d'enfants expliquent le choix de cette méthode contraceptive pour éviter d'avoir à recourir à une IVG. L'une d'entre elles (S8) explique que cette crainte d'avoir à y recourir est alimentée par les changements législatifs dans d'autres pays concernant l'IVG et amenant à restreindre son accès (elle donne l'exemple de la Pologne).

1.5.2 Le parcours vers la stérilisation

Plusieurs femmes (en l'occurrence 17) livrent des précisions quant à l'accès qu'elles ont eu à la stérilisation volontaire féminine. Parmi ces 17 femmes, 6 n'ont rencontré aucun refus du corps médical dans l'accès à la contraception définitive. 5 femmes expliquent avoir rencontré des refus sans précision d'un nombre. 6 femmes quantifient le nombre de réponses négatives du personnel médical à leur demande : celles-ci vont de 1 à 16.

Les délais de démarche varient d'un témoignage à l'autre, d'autant plus que certaines précisent le temps entre leur première demande et l'opération tandis que d'autres mentionnent le temps entre l'idée d'y recourir et leur stérilisation. Une femme explique avoir formulé sa première demande à 20 ans et s'être faite stériliser à 40 (ou 41 ans) en ayant pris la pilule entre temps (S11, T2). D'autre part, une femme explique que sa stérilisation est programmée alors qu'elle a entamé cette démarche quatre mois auparavant, suite à son accouchement (S6,T1). On conçoit donc des délais très variables d'accès et de parcours vers la contraception définitive. Entre ces deux délais aux extrêmes de notre recueil, plusieurs récits font part de délais variant entre 1 an (S2,T2/ S7) et 5 ans (S9).

Dans 5 récits, on perçoit une durée variable entre l'idée et le début des démarches. Une femme explique avoir attendu quelques semaines avant de contacter la gynécologue dont elle avait les coordonnées (S2,T1) tandis qu'une autre explique que sa démarche a duré au total entre 5 et 6 ans entre l'idée de début, la recherche d'information sur cette méthode contraceptive et la réalisation de l'intervention (S2, T2). De même, une femme explique avoir l'idée depuis ses 16 ans et avoir commencé sa démarche à 19 ans avant d'être stérilisée à 20 ans (S7). Cet étalement temporel se retrouve dans le

récit S12 par exemple puisque la femme qui témoigne explique avoir commencé à se renseigner à 20 ans mais avoir débuté réellement sa démarche de stérilisation à 22 ans pour la voir aboutir à 26 ans. Ce délai entre la réflexion, voire-même la prise de décision d'une stérilisation et la démarche auprès du corps médical, on le retrouve dans le récit S5. En effet, cette femme explique être « *sur le dossier* » de la stérilisation depuis ses 20 ans mais n'avoir entamé ses démarches que plus tard étant donné que son compagnon de l'époque n'y était pas favorable. C'est suite à cette rupture qu'elle a entamé le processus.

Par l'étude des récits, nous avons pu identifier plusieurs thèmes abordés par les femmes, que

Thèmes	Nombre de femmes le mentionnant
Peur de la grossesse	9
Association de la stérilisation à une liberté	11
Effets secondaires des autres méthodes contraceptives et/ ou autres méthodes contraceptives inadaptées	16
Association de la stérilisation à un épanouissement sexuel	4
Utilisation de l'expression « <i>parcours du combattant</i> »	2
Soulagement exprimé à l'acceptation par un gynécologue ou après la stérilisation	11
A trouvé un soutien sur les réseaux sociaux	4
Prise de décision seule	5
Grossesses ou accouchements difficiles	4

nous avons retranscrits dans le tableau ci-dessous :

Tableau 7 : Thématiques abordées par les femmes dans le recueil des témoignages

Quatre femmes disent explicitement avoir trouvé du soutien, voire des adresses de praticiens sur les réseaux sociaux et via internet. Trois mentionnent explicitement Facebook (S1, S5, S12) et une explique avoir consulté une liste de gynécologues sans préciser sa source (S9). Ce désir d'échanger entre patientes se retrouve dans l'initiative de blog d'une des femmes du recueil de témoignages (S15).

Onze femmes expriment un soulagement après avoir trouvé un gynécologue ou après avoir réalisé l'intervention. La femme s'exprimant en S5 explique avoir « *pleuré de joie* » après son rendez-vous chez un gynécologue qui acceptait sa demande. On retrouve des pleurs « *de joie* » dans le récit en S12 lorsque cette femme explique avoir trouvé un groupe qui donnait un répertoire de praticiens. Plusieurs femmes expriment également un soulagement après l'opération. C'est notamment le cas du

témoignage S8, dans lequel la femme dit être « *sereine* ». De même, en S17, la femme explique se sentir « *soulagée de l'avoir fait* ».

Cinq témoignages soulèvent la question de l'éloignement géographique. Trois femmes évoquent leur déplacement pour accéder à une stérilisation. En S7, la femme explique avoir 3h aller-retour pour aller chez sa gynécologue. De fait, elle a décidé de dormir à l'hôtel la veille de son opération. De même, en S11, T1, la femme qui témoigne explique que le praticien qu'on lui a conseillé est à Paris et que ce « *n'était pas à côté* » de chez elle. En S12, la femme explique que lorsqu'elle a trouvé une liste de praticiens accédant aux demandes de stérilisation, le plus proche se situait à 100 km de chez elle, ce qui ne l'a pas empêché de prendre rendez-vous dès qu'elle a obtenu cette liste. Cette thématique de l'éloignement géographique est abordée de manière plus indirecte par deux autres témoignages. En effet, la femme s'exprimant en S6 T2 habite à quelques kilomètres « *d'une grande ville de l'ouest de la France* » et explique avoir bientôt rendez-vous avec une gynécologue exerçant en région parisienne. Enfin, le témoignage S9 explique que la liste trouvée par la femme comportait une vingtaine de noms en France, dont un dans sa ville. Dans l'article en S9 qui relate le témoignage de la femme, il est précisé que la clinique en question est un lieu de stérilisation de femmes qui « *viennent de la région Pays de la Loire mais aussi de Brest, de Poitiers, de tout l'ouest* » (S9).

1.5.3 Les motivations

La peur de la grossesse est une motivation pour s'orienter vers la contraception définitive pour 9 des femmes s'exprimant. Certaines d'entre elles emploient même le terme d'« *angoisse* ». La femme s'exprimant en S5 parle de sa « *peur bleue et obsessionnelle* » de grossesse comme un « *moteur* » pour se tourner vers la stérilisation. Elle étaye en expliquant que cela l'amène à toujours « *doubler* » les méthodes contraceptives (par exemple en associant stérilet et préservatif). De même, elle explique ne pas avoir de rapports pendant sa période d'ovulation car pour elle, le risque est « *trop important* ». Cette « *double protection* » est également évoquée par la femme s'exprimant en S15³. Elle explique avoir réalisé une dizaine de tests de grossesse en supplément de cette contraception double du fait de sa crainte d'une grossesse. En S6, T1, la journaliste qui retranscrit les propos de la femme interviewée souligne la peur de celle-ci face à une grossesse non-désirée et l'impact sur sa vie sexuelle. De même, en S3 T1, la femme racontant son récit explique que depuis sa stérilisation, elle n'a plus à « *craindre* » une grossesse non désirée. Une autre femme explique qu'avant sa stérilisation, elle était chaque mois « *dans l'attente de (s)es règles* » (S11 T1)

³ Elle mentionne cette double protection dans un article de son blog (blog qu'elle évoque lors de l'interview qui est notre source principale)

4 femmes associent la stérilisation à un épanouissement sexuel. Parmi celles-ci, trois (S5, S6T1, S15) expriment la crainte d'une grossesse. Dans leur discours les deux éléments semblent liés, la peur d'une grossesse étant une chose les freinant dans leur vie sexuelle. Celle (S3 T2) qui associe la stérilisation à un gage d'épanouissement sexuel sans pour autant expliciter une crainte de grossesse explique qu'elle avait des effets secondaires de l'anneau sur sa libido. Elle ne pouvait prendre la pilule ou le stérilet du fait d'effets indésirables.

11 femmes associent explicitement la stérilisation à une liberté en utilisant le terme lui-même ou des dérivés tels que « *libre* » ou « *libération* ». 6 de ces 11 femmes appartenaient à celles qui avaient mis en exergue la crainte d'une grossesse non désirée comme motivation à se tourner vers la stérilisation. Ainsi, on peut voir que la libération est comprise de manière plus large qu'uniquement celle vis-à-vis de la peur d'une grossesse. En S2,T1, la femme conçoit que cette contraception va lui offrir une liberté contraceptive, à ne plus se soucier d'une quelconque contraception étant donné les effets secondaires qu'elle a pu avoir avec d'autres méthodes. En S7, la femme explique vouloir être « *libre d'enfants* » et cette liberté de ne pas enfanter réside, pour elle, dans la stérilisation. De même, en S8, la femme présente sa stérilisation comme une « *expérience libératrice* ». Elle explique que cette libération réside dans le contrôle qu'elle a suite à sa stérilisation sur son « *corps* » et son « *futur* ». Cette notion de libération est exprimée par la femme témoignant en S11 T2 : « *J'ai été opérée le 16 mars 2009, c'est une date très importante pour moi. Cela a été une libération, vous ne pouvez pas imaginer !* ». Dans son cas, on ne sait pas exactement à quelle libération elle fait référence. Elle explicite sa libération en citant deux éléments. Premièrement, elle parle de la « *pression sociale énorme autour de la maternité* ». Dans un second temps, elle évoque les entraves qu'elle a pu rencontrer pour faire ses choix et prendre des décisions pour elle. Ainsi, dans son témoignage, la libération revêt un caractère double : libération des attentes « *sociales* » et liberté de choix.

Comme nous l'avons précédemment évoqué, la motivation prédominante à se tourner vers la contraception définitive repose sur une expérience non satisfaisante d'autres contraceptions. 16 femmes mentionnent cet élément de motivation. En S6, T1 il est dit par la journaliste qui retranscrit les propos que la femme interrogée est devenue « *intolérante aux contraceptifs modernes* ». En S17, la femme racontant son histoire explique que ses deux dernières grossesses étaient des « *surprises* » du fait d'échecs de contraception. Les expériences vis-à-vis de la contraception sont diverses et le fait de ne pas trouver de méthodes adaptées à leur besoin repose sur les critères que chacune d'entre elles établit. En S16, par exemple, la femme explique qu'elle « *n'aime pas l'idée d'ingérer des hormones de synthèse* » et qu'elle a pris la décision de ne plus vouloir d'enfants. La pluralité des expériences regroupées sous la catégorie de notre tableau *Effets secondaires des autres méthode contraceptives*

et/ ou autres méthodes contraceptives inadaptées est illustrée par le récit d'une femme en S6 T2 qui explique ne pas supporter la pilule et ne pas vouloir « *cautionner l'industrie pharmaceutique* ». D'autre part, elle explique avoir eu des règles abondantes et douloureuses ainsi que des complications avec le stérilet. Ses expériences négatives avec d'autres méthodes contraceptives se surajoutent à son non-désir d'enfant qui l'amène à choisir la contraception définitive. En S3 T2, la femme raconte n'avoir que la pilule comme possibilité de méthode contraceptive du fait de ses antécédents médicaux. Seulement, la pilule a entraîné chez elle : « *prise de poids, pilosité, humeur changeante, maux de tête, bouffées de chaleur la nuit* ». A cela s'ajoute le non-désir d'enfants supplémentaires partagé avec son mari, ce qui lui a fait émettre la demande d'une stérilisation. On perçoit les expériences singulières de chacune vis-à-vis de la contraception couplée avec le désir de ne pas ou de ne plus avoir d'enfants. La combinaison entre les deux facteurs semble être un « *moteur* » pour reprendre les termes de S5 vers la contraception définitive.

Quatre femmes mentionnent la difficulté des grossesses et de l'accouchement comme un élément de motivation à aller vers une stérilisation. En effet, l'une d'entre elles explique ne pas avoir apprécié être enceinte, avoir mal vécu son accouchement et avoir eu une dépression post-partum suite à celui-ci (S4). Une autre femme (S17) explique que ses accouchements et grossesses ont laissé « *pas mal de séquelles sur (s)on corps* » allant jusqu'à « *une déchirure des abdominaux* ». Elle dit ne pas être prête à revivre ça.

1.5.4 La stérilisation : une décision partagée ?

Cinq femmes soulignent qu'elles ont pris la décision seule. Parmi ces cinq femmes, deux expliquent que la décision leur revenait mais ajoutent avoir informé leur conjoint, compagnon (S2T1, S2T2). Une femme explique qu'il s'agissait d'une prise de décision seule mais qu'étant donné que son ex-compagnon n'y était pas favorable, elle n'a commencé ses démarches qu'après la rupture (S5). Une femme dit, elle, « *en avoir parlé à son mari* » en étant « *parfaitement sûre* » de son choix (S3,T2) Cependant, sans précision, il nous est difficile de comprendre quel était le rôle attendu du conjoint dans cette décision. Une femme expose, elle, sa décision comme celle de couple (« *Mon mari et moi étions sûrs : nous ne voulions pas d'autres enfants* », (S3 T1)). Une autre a une présentation similaire en incluant le souhait de son mari de ne plus vouloir d'enfants mais explique que sa décision était prise même lorsque le médecin a mentionné l'éventualité d'un changement de conjoint. Cela semble donc se rapprocher d'une prise de décision seule sans que nous l'ayons comptabilisée comme telle.

Douze femmes s'expriment sur l'acceptation de leur démarche par leur entourage et sur leur sentiment vis-à-vis de cet entourage. Parmi ces douze femmes, sept ont dit que l'entourage à qui elles en ont parlé avait accepté leur stérilisation. L'une de ces sept (S2, T2) dit que ses amis ont pu lui faire part de réserves avant l'intervention mais qu'une fois celle-ci réalisée, les personnes de son entourage n'ont plus émis d'objection. Une de ces sept femmes (S7) exprimant une acceptation de leur décision par l'entourage explique que ses parents l'ont soutenue et ont accepté sa décision mais qu'ils auraient préféré qu'elle recoure à cette intervention plus tard. Cinq femmes n'ont pas fait part d'une acceptation de leur démarche par leur entourage. L'une d'entre elles (S14, T1) témoigne anonymement pour « s'épargner » les réactions de son entourage. Une autre femme (S11, T1) explique l'avoir dit uniquement à sa mère et ses sœurs. Elle explique ce choix de ne pas en avoir parlé à ses amis :

« Je ne sais pas si je ne leur ai rien dit de peur d'être jugée, ou parce que je n'avais pas envie d'en parler. Peut-être aussi que j'étais gênée ou que j'avais honte. »

Une des femmes dit ressentir les « interrogations » des personnes avec qui elle parle de son non-désir d'enfants (elle cite les connaissances et les collègues). Enfin, deux femmes (S5, S8) expriment des réactions différenciées au sein de leur entourage. Les deux expliquent que leur démarche a été acceptée par leurs amis mais pas par leur famille. L'une d'elles (S8) explique que cela l'a amenée à couper le contact avec sa famille. On remarque, à travers ces récits, un échange fréquent de ces femmes avec leur entourage concernant leur contraception.

Trois femmes évoquent la vasectomie dans leur récit. Deux femmes (S3,T2 et S11, T2) expliquent que les praticiens rencontrés leur auraient suggéré de s'orienter vers la vasectomie de leur conjoint. Une autre femme (S17) explique, elle, avoir pensé à la vasectomie. Cependant, elle explique ne pas s'être orientée vers cette méthode contraceptive car elle avait « moins de connaissances » et car elle « avait entendu parler » de risques sur l'érection. L'introduction du conjoint dans la demande de ligature tubaire est mentionnée par la femme s'exprimant en S1 à qui on a demandé une autorisation de son mari pour accéder à sa demande.

1.5.5 La relation médecin-patiente dans le cadre de la stérilisation volontaire féminine

Nous avons synthétisé dans le tableau ci-dessous les réactions et les éléments évoqués par les femmes concernant la relation médicale dans le cadre de leur expérience de stérilisation contraceptive.

	Relations avec le corps médical dans leur chemin vers la contraception définitive
S1	<ul style="list-style-type: none"> - Son premier gynécologue lui aurait dit qu'elle n'était pas éligible à la contraception. Il lui aurait dit que pour cela, il fallait avoir des enfants et avoir au moins une quarantaine d'années. Son gynécologue lui aurait également dit qu'elle était « <i>instable dans sa tête</i> », et « <i>incapable</i> » de se mettre d'accord avec elle-même - Elle considère avoir rencontré des comportements « <i>irrespectueux</i> » dans son parcours médical. - La femme explique qu'on lui a demandé une autorisation écrite de son mari et un suivi psychologique pendant un an. - Un soignant lui aurait dit que la meilleure contraception c'était « <i>de fermer les cuisses</i> » - Cette femme trouve que le milieu gynécologique n'est pas « <i>safe</i> » pour les femmes. - Elle raconte que les médecins appuyaient leur refus sur l'irréversibilité - Elle dit avoir rencontré la « <i>bonne</i> » personne à la fin. Le gynécologue ayant accepté sa demande lui aurait dit : « <i>vous n'avez pas eu une vie facile, si je peux faire ça pour vous, je le ferai</i> »
S2, T1	<ul style="list-style-type: none"> - Elle explique qu'elle appréhendait la réaction de la gynécologue en formulant sa demande - La gynécologue ne l'a pas questionnée et lui a juste demandé quand est-ce qu'elle voulait se faire opérer.
S2, T2	<ul style="list-style-type: none"> - Elle explique avoir été reçue par un interne sans aucun « <i>jugement</i> ». La seule difficulté dans la relation médicale relatée a été celle du choix de la technique.
S3, T1	<ul style="list-style-type: none"> - A parlé de la méthode Essure à son gynécologue qui ne la connaissait pas
S3, T2	<ul style="list-style-type: none"> - Elle explique que son gynécologue a refusé sa demande en lui disant : « <i>non vous êtes trop jeune, vous vous rendez compte, si vos enfants meurent dans un accident de voiture... Bien sûr je ne peux pas vous empêcher si c'est vraiment ce que vous souhaitez, mais il va falloir ouvrir car ce ne sera pas remboursé par la Sécu sous coelioscopie...</i> »
S4	<ul style="list-style-type: none"> - Dans les causes de refus, il lui aurait été dit : « <i>mais si votre enfant meurt, comment vous allez faire si vous voulez la remplacer ?!</i> »
S5	<ul style="list-style-type: none"> - Elle a cherché un gynécologue via un groupe facebook - Avant le rendez-vous avec le gynécologue, elle est passée par son médecin traitant qui l'a « <i>épaulée</i> » dans sa demande - Elle explique que « <i>c'est on ne peut plus normal</i> » que le corps médical évalue de manière approfondie les demandes - Elle a trouvé le gynécologue consulté « <i>très accueillant, très bienveillant</i> »
S6, T1	<ul style="list-style-type: none"> - Elle a eu le nom d'une gynécologue acceptant les demandes par une sage-femme - Elle explique que jusqu'au moment de rencontrer cette gynécologue acceptant sa demande « <i>il y avait cette impression, face aux gynécos, d'habiter encore chez mes parents, d'être une ado à qui il faut expliquer ce qui est bien pour elle</i> »
S7	<ul style="list-style-type: none"> - Elle dit s'être faite « <i>méchamment jetée</i> » lors de son premier rendez-vous. Le refus de ce praticien s'est justifié par deux raisons : l'âge jugé trop jeune de la femme et un possible changement d'avis de celle-ci. - Elle a ensuite trouvé une gynécologue qui a accepté sa démarche et a soutenu son dossier devant la commission d'éthique
S8	<ul style="list-style-type: none"> - Cette femme dit « <i>avoir eu de la chance</i> ». Elle explique avoir été « <i>soutenue</i> » par sa gynécologue qui l'a orientée vers une consoeur pratiquant la stérilisation.
S9	<ul style="list-style-type: none"> - Elle a trouvé un praticien via les réseaux sociaux. La procédure l'a amenée à rencontrer une psychologue.
S11, T1	<ul style="list-style-type: none"> - Elle a d'abord rencontré un gynécologue ayant refusé. Elle explique que le second gynécologue rencontré lui aurait dit qu'« <i>il y avait de plus en plus de divorces</i> » et que si ça lui arrivait, elle aurait « <i>peut-être envie de faire un enfant avec un autre homme</i> »
S11, T2	<ul style="list-style-type: none"> - Elle considère le discours de médecins avec qui elle en a parlé comme « <i>paternaliste</i> ». - Elle dit que le personnel médical évoquait son âge et un éventuel changement d'avis comme motif de refus

S12	Elle cite des refus sur le critère de l'âge. On lui aurait dit qu'elle était « irresponsable ». Des praticiens lui auraient dit d'aller se « <i>faire soigner</i> » par un psychologue. Il lui aurait aussi été dit de d'abord s'occuper de son obésité. Enfin, on lui a demandé si son « <i>compagnon</i> » était d'accord.
S14, T1	- Parmi les refus obtenus, on lui aurait dit qu'elle « <i>n'était qu'une gamine</i> » et qu'elle allait changer d'avis. Une médecin aurait traité d'« <i>assassin</i> » le médecin qui ferait ça.
S14, T2	- Elle a rencontré des refus qui seraient dûs à son âge. Elle raconte que les praticiens insistaient auprès d'elle sur le caractère irréversible, elle leur répondait que c'était justement son but.
S15	- Elle explique sur son blog avoir rencontré un praticien qui refusait pour plusieurs raisons : son âge, par prévention d'un éventuel regret ou d'un changement de conjoint - Dans la clinique, où elle s'est faite opérer, elle explique avoir été « <i>très bien accueillie</i> » et avoir eu des médecins « <i>géniaux</i> », « <i>à l'écoute</i> » et « <i>rassurants</i> ».
S16	- Elle raconte s'être attendue à des réticences de la part de son gynécologue, ce qui n'a pas été le cas. Elle l'a trouvé « <i>très rassurant</i> »
S17	- Elle dit que son gynécologue a appuyé sur son jeune âge et le caractère irréversible sans refuser sa demande. Elle dit avoir trouvé le personnel médical « <i>super</i> » et rassurant avant l'intervention

Tableau 8 : Relations exprimées par les femmes avec le corps médical dans le cadre de la stérilisation contraceptive

Les expériences avec les soignants dans le cadre de la contraception définitive sont très variables. Parmi les 19 femmes ayant apporté des éléments dessus, huit femmes saluent des comportements de soignants qu'elles ont jugé appréciables. En S2T1, elle se dit agréablement surprise de l'absence de justification à fournir pour accéder à la stérilisation dans son cas. De même, en S2T2, elle dit avoir été accueillie sans « *jugement* ». En S5, la femme raconte avoir été épaulée à la fois par son médecin généraliste et par le gynécologue qui l'a prise en charge.

En dehors de ces expériences entièrement positives, certaines racontent des expériences mixtes vis-à-vis du corps médical dont une partie est saluée. Par exemple en S7, elle explique s'être d'abord faite « *méchamment jetée* » avant d'être grandement soutenue par sa gynécologue. De même, en S15, la femme raconte d'abord avoir eu un refus avant de bénéficier d'un accueil bienveillant lors de son intervention. Deux femmes (S1, S14T2) disent avoir perçu une insistance sur le caractère irréversible du geste, insistance qui a pu aboutir à plusieurs refus (notamment en S1).

Deux patientes expliquent avoir été mises dans des situations fictives d'évènements de vie et notamment le décès de leurs enfants. Cinq femmes relatent la mention par les soignants d'un éventuel changement d'avis. Ce changement d'avis étant relaté, nous ne savons pas quel terme a été employé pour l'évoquer. Le regret est mentionné par plusieurs femmes. Sur son blog, la femme s'exprimant en S15 explique que le refus qu'elle a rencontré reposait en partie sur l'éventualité de « *regrets à venir* ». De même, la notion de regret est employée en S7 ou en S11T2 (« *si je regrette* », S11T2) pour exprimer l'obsolescence de cette notion. Toutefois, nous ne savons pas si cette notion est celle utilisée par les médecins. L'éventualité de changement d'avis est mise - d'après les femmes - en relation par plusieurs

soignants rencontrés avec celle d'un changement de conjoint (par exemple en S11T1 et S15). Huit femmes ont dit avoir eu des refus motivés par leur âge.

1.6 Question de recherche

Nous avons vu que depuis 2001, la stérilisation à visée contraceptive est autorisée pour toute personne majeure ayant exprimé « *une volonté libre, motivée et délibérée* » (1). Nous avons également vu qu'aucun médecin n'était tenu de pratiquer cet acte.

Des femmes ont pris la parole quant à leur expérience et leur choix de s'orienter vers la contraception définitive. Plusieurs ont mis en lumière des difficultés d'accès à cette méthode contraceptive, difficultés notamment dûes à la difficulté de trouver un praticien accédant à leur demande.

Dans les expériences des femmes, cette contraception est majoritairement présentée comme une demande de la patiente qui entreprend un parcours médical plus ou moins long pour trouver un praticien et programmer l'intervention. Cette contraception ne passe-t-elle que par une demande des femmes ?

Les rares témoignages des praticiens sur leur expérience et leur conception de la stérilisation contraceptive limitent la vision bipartite qui est pourtant celle en question : la relation médecin-patient dans le cadre de la stérilisation volontaire féminine. La vision majoritaire au sein des témoignages de femmes de la contraception définitive comme une démarche pro-active des patientes interroge le rôle des soignants. Le soignant a-t-il un rôle d'information dans la contraception définitive ? Si oui, est-ce un rôle d'information en réponse à une demande ? Ou alors ce rôle comprend-il la présentation de cette contraception à la patiente ?

Cela a amené à nous questionner quant aux ressorts décisionnels des soignants d'accéder ou non à la demande et de proposer ou non cette contraception : Quels sont les éléments pris en compte dans la décision des soignants ? S'agit-il d'éléments dans la situation de la patiente ? Quels éléments de l'expérience professionnelle intègrent la prise de décision ?

De ces constats et de ces interrogations, a émergé une question de recherche :

Comment les soignants et les patientes conçoivent-ils la place de la stérilisation volontaire féminine au sein des méthodes contraceptives ?

1.7 Hypothèses

Nous avons émis trois hypothèses de recherche que nous souhaitons corroborer ou critiquer à travers la mise en application de notre dispositif empirique :

- La conception de l'irréversibilité du geste par les soignants influence la place qu'ils accordent à la stérilisation volontaire féminine au sein de leur pratique.
- La contraception définitive féminine amène les soignants à travailler de manière pluridisciplinaire.
- Il existe une hétérogénéité de réponses des praticiens aux demandes de stérilisation car la prise de décision repose sur la singularité de la patiente et du praticien.(25)

DEUXIEME PARTIE : Méthodologie

2.1 Une recherche qualitative

2.1.1 Une démarche double

Dans un souci de dialogue entre l'expérience des femmes et celle des gynécologues, nous avons entrepris une démarche double. Double dans le sens où nous souhaitions croiser les récits des femmes quant à leur stérilisation avec ceux des professionnels de santé ayant une activité gynécologique. Ainsi nous souhaitons que notre recherche se réfère aux vécus des deux populations (les patientes et les professionnels de santé). Ce point de vue double sur une même question, nous l'avons entrepris à travers une méthodologie également double. En effet, nous avons fait le choix de recueillir le vécu des femmes de manière bibliographique et celui des gynécologues de manière empirique.

Ce choix instrumental a été motivé par la rareté de discours des praticiens lors de notre revue de la littérature. En effet, seul un faible nombre de récits de professionnels de santé était accessible par notre revue, ceux disponibles étant majoritairement militants et non expérimentiels. En revanche, nous avons accès à de nombreux récits d'expériences de femmes sous différents formats (radiophonique, télévisé, *via* les réseaux sociaux, les blogs et autres). De ce constat, nous avons envisagé une méthodologie double tant en termes de population que de recueil d'expérience.

2.1.2 Le recueil des témoignages de femmes

Nous avons recueilli les témoignages *via* plusieurs moteurs de recherche. Nous avons utilisé les mots clés suivants dans *Safari*, *Google Chrome* ainsi que sur *Youtube* et *Spotify*⁴ : « stérilisation volontaire féminine », « stérilisation définitive », « stérilisation contraceptive », « stérilisation volontaire », « contraception définitive ».

Nous avons ensuite exploité des récits de femmes issus de blogs, de sites internet, d'interviews télévisées et de podcasts. Les sources des témoignages des femmes sont disponibles en annexe. Cette revue des témoignages a amené à travailler du matériel non universitaire et une expression volontaire des femmes. Cela a également constitué un entraînement à l'analyse future des entretiens des

⁴ Nous avons décidé de ne pas nous joindre aux groupes Facebook existant sur la question pour des questions d'éthique de la recherche. En effet, dans un souci de transparence mais également de confidentialité, nous n'avons pas voulu y accéder ni sous un pseudonyme ni sous notre réelle identité.

professionnels de santé. La diversité des formats d'expression des femmes dans notre recueil amène à considérer des récits produits à des moments et dans des contextes distincts. En effet, dans le cas des interviews télévisées, le discours des femmes est guidé par les questionnements du ou de la journaliste. Dans les podcasts, l'expression n'est pas systématiquement guidée de manière explicite. Cependant, nous ignorons si des thèmes ont été pré-conçus avant l'enregistrement du témoignage. Le format écrit sur les blogs amène à considérer des expressions volontaires moins préparées et formatées. Les témoignages sur les sites internet sont - pour certains - passés par un comité de relecture dont nous ignorons l'action. Pour d'autres, il s'agit d'une retranscription d'un témoignage par un journaliste, ce qui introduit un tiers et de fait une sélection du propos. On observe au sein des récits recueillis une temporalité variable des expériences de contraception définitive : certaines femmes s'expriment avant leur opération et d'autres après, à des délais post-opératoires différents.

Nous avons analysé 22 témoignages de femmes issus de 17 sources différentes. La consultation des témoignages atteste de la diversité de longueur et de durée des récits.

	Nombre de sources	Nombre de témoignages
Podcast	3	4
Format télévisé / audiovisuel	4	5
Récits écrits	10	13
TOTAL	17	22

Tableau 9 : Sources et Formats du recueil des récits de femmes

2.1.3 Le recueil des expériences des professionnels : les entretiens

Pour ce qui est du recueil des expériences des professionnels de santé, nous avons choisi une méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés. L'élaboration de la trame d'entretien a été guidée par le recueil des expériences de femmes réalisé préalablement, ainsi que par la revue de la littérature. Nous souhaitons voir s'il émergeait des éléments de discussion avec les récits des femmes. Cependant, nous avons veillé à ne pas utiliser certains termes clefs de la revue des récits de femmes afin de ne pas orienter les réponses des professionnels et ainsi privilégier leur expression spontanée.

Nous avons envisagé le cas où aucune demande de stérilisation volontaire féminine n'aurait été rencontrée par le praticien. Dans ce cas, nous avons prévu une seule question de mise en situation fictive. Dans cette situation, l'étudiante qui échangeait avec les gynécologues aurait servi de modèle pour une demande de stérilisation. Dans ce cas-là, une trame d'entretien était rédigée au conditionnel pour ne pas focaliser l'ensemble de l'entretien sur des situations fictives. En effet, nous souhaitons privilégier l'exploration des déterminants de la prise de décision grâce à l'élaboration orale du participant.

Un entretien test a été réalisé au préalable auprès d'une étudiante en médecine se destinant à la spécialité gynécologie médicale suite à un stage dans un service de gynécologie au cours de sa 4ème année de médecine. Cet entretien test avait pour but de s'assurer d'une cohérence de la trame d'entretien.

Nous avons effectué au total dix entretiens, d'une durée variant de 15 à 40 minutes. Nous avons rencontré de manière physique cinq des dix participants. Quatre entretiens ont été réalisés en présentiel. La rencontre avec un des participants s'est faite ultérieurement au bloc opératoire lorsque nous avons assisté à une ligature de trompes. En effet, nous avons réalisé avec ce gynécologue un entretien en distanciel et suite à celui-ci, il nous a proposé de venir observer au bloc opératoire. Pour chaque entretien, il a été proposé au professionnel de le faire en présentiel. Néanmoins, la possibilité d'un échange en distanciel a également été laissée à l'appréciation des participants. Il a été communiqué à tous les participants la note d'information concernant cette recherche les informant de leurs droits.

Sept entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail du participant pendant leurs horaires de travail (en distanciel ou en présentiel). Quatre entretiens parmi les sept ont été interrompus par des obligations professionnelles. Cela a amené à écourter trois de ces quatre entretiens.

2.2 Population pour les entretiens

2.2.1 Critères d'inclusion

Afin de répondre à la question de recherche, nous avons décidé de réaliser des entretiens avec des gynécologues et internes issus des spécialités gynécologie médicale et gynécologie obstétrique exerçant en milieu hospitalier ou libéral, des médecins généralistes ayant une activité au planning familial, ainsi que des sages-femmes exerçant également en milieu hospitalier ou libéral.

Ce choix d'entretiens auprès de praticiens de plusieurs spécialités et ayant une activité professionnelle dans des lieux divers se justifie par deux raisons. D'une part, nous avons le désir de couvrir le plus largement possible l'accès qu'ont les femmes à la contraception et ainsi poursuivre la perspective dialogique entre expériences de femmes et expériences des professionnels de santé au sein de ce travail de recherche. Notre protocole original (*cf.* dossier déposé au comité d'éthique CERAPHP-5 en annexe) comprenait uniquement les gynécologues et internes issus des spécialités

gynécologie médicale et gynécologie obstétrique. Cependant, la prise de contact auprès des centres départementaux de planification familiale a porté à notre connaissance qu'une majorité des praticiens du planning familial étaient des médecins généralistes. Sur ce, nous avons décidé d'élargir notre dispositif initial. De même, lors de plusieurs entretiens, il nous a été suggéré par les participants d'inclure des sages-femmes dans notre recherche. Nous avons donc initié la prise de contact auprès de maïeuticiennes et maïeuticiens de manière tardive au cours de cette recherche ce qui n'a permis d'aboutir qu'à un entretien. D'autre part, grâce à la diversité des professionnels de santé qui pratiquaient une activité gynécologique, nous souhaitons corroborer ou critiquer l'hypothèse formulée d'une pluridisciplinarité des soignants impliqués dans l'accès à la contraception définitive pour les patientes.

Nous avions originellement pour projet d'échanger avec des praticiens en Ile-de-France (*cf.* dossier déposé au comité d'éthique CERAPHP-5 en annexe). Cependant, nous avons décidé de faire évoluer notre dispositif vers un élargissement à l'ensemble du territoire français afin d'effectuer davantage d'entretiens et d'éventuellement mettre en exergue des problématiques différentes selon le lieu d'exercice.

2.2.2 Prise de contact

Nous avons orienté notre recherche vers des annuaires de réseaux de soins disponibles publiquement sur internet. Ces annuaires fournissaient – pour les praticiens qui l'avaient accepté – des adresses mails. Nous avons également pris contact auprès des centres départementaux de planning familial. Enfin, concernant l'accès au secteur hospitalier, nous avons opté pour l'envoi de mails aux chefs de services de gynécologie et aux secrétariats des services hospitaliers, ainsi que directement aux praticiens hospitaliers (adresses mail obtenues par des proches ayant des contacts, par appel du service, ou parce que l'adresse était disponible sur internet).

Nous avons initialement fait le choix de nous référer à l'annuaire de l'Assurance Maladie (*cf.* dossier déposé au comité d'éthique en annexe) pour le recrutement des gynécologues et obstétriciens libéraux. Cependant, celui-ci nous donnait davantage accès aux coordonnées téléphoniques qu'aux coordonnées de mail. Or, nous voulions privilégier la prise de contact par mail pour des raisons de disponibilité des soignants et pour valoriser une prise de contact standardisée (*cf.* Mail de contact en annexe).

Enfin, nous avons envisagé en début de recherche de passer par des sociétés savantes de gynécologie, mais après réflexion nous avons émis plusieurs réserves. D'abord, cette prise de contact pouvait nous conduire à rencontrer majoritairement, voire exclusivement, des praticiens de cette société savante. Ensuite, nous y avons vu un risque à la fois de perte de diversité, et d'une éventuelle harmonisation du discours sur des positions prises par cette société. Enfin, l'ajout d'un intermédiaire nous a semblé non pertinent, tant d'un point de vue logistique que dans un souci de réduction des biais. En effet, en diffusant la demande d'entretien par la société savante, les réponses des praticiens auraient pu être influencées par le rattachement supposé de la chercheuse (c'est-à-dire nous) à la société.

	Nombre d'entretiens
Internes en gynécologie obstétrique	3
Internes en gynécologie médicale	0
Gynécologues obstétricien(ne)s	4
Gynécologues médicaux	0
Médecins généralistes exerçant au planning familial	2
Maïeuticien(ne)s	1

Tableau 10 : Entretiens réalisés selon la spécialité des professionnels de santé

	Nombre	Entretiens réalisés à la suite de cette prise de contact
Mails envoyés directement à des gynécologues hospitaliers	8	4 (un des quatre entretiens est réalisé avec une maïeuticienne qui n'était pas destinataire du mail. La mise en contact avec cette soignante émanait d'un des gynécologues destinataires du mail)
Mails envoyés à des centres départementaux du planning familial	4	3
Appels aux secrétariats de cabinets de gynécologues libéraux	6	0
Mails envoyés à des gynécologues libéraux	1	0
Mails envoyés aux gynécologues d'un annuaire d'un réseau de soin en Ile-de France	23 (dont 6 mails retournés automatiquement)	0
Mails envoyés à une association d'internes en gynécologie-obstétrique	1	1
Mails envoyés directement à des internes	3	2
Mails envoyés aux sages-femmes à partir d'un annuaire de praticiens en Ile-de France	14	0
Mail envoyé à un service de maternité	1	0
Mail envoyé à un service de gynécologie-obstétrique	1	0
Mails envoyés à des centres de planification familiale ⁵	2	0
Mail envoyé directement à des sages-femmes sans passer par un annuaire	1	0

Tableau 11 : Méthodologie de la prise de contact

⁵ Le planning familial ou plus exactement le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) est une association qui a vu le jour en 1956 sous le nom de « *La maternité heureuse* » (57). Sa création avait pour but de modifier la loi de 1920 « *tendant à réprimer la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle* » (58). Il s'agit d'un mouvement militant. Les Centres de Planification et d'Éducation Familiales (CPEF) ont eux été créés dans le but d'assurer la mise en place de la loi de 1967 légalisant la contraception et dépendent du Conseil Général. Ils ont une activité synergique en matière de contraception, d'information et de prévention.

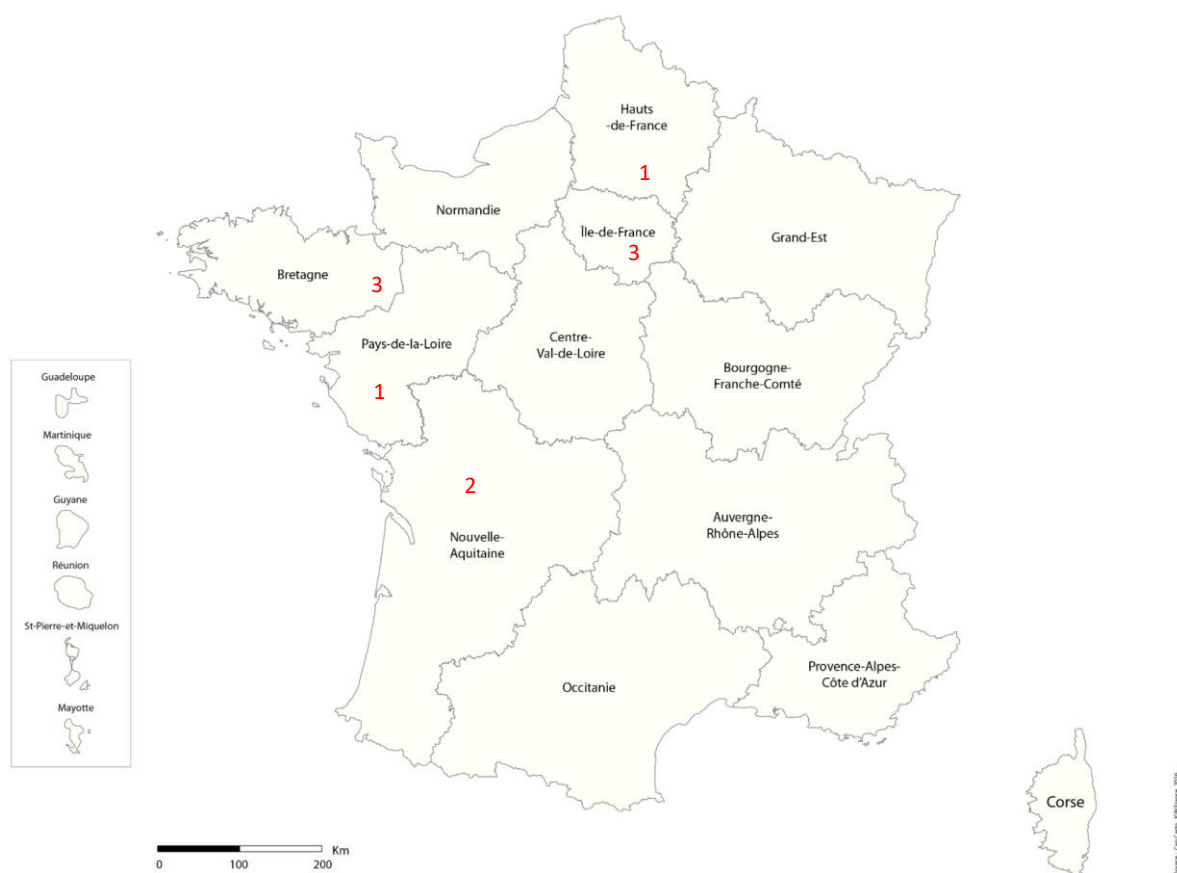


Figure 2 : Carte de France indiquant le nombre de professionnels (participants) par région
 Source : CapCarto, 2016 (fond de carte libre de droits)

2.3 L'analyse des entretiens

Suite à l'enregistrement des entretiens (soumis à un accord oral du praticien en début d'entretien) nous les avons retranscrits afin de faciliter leur analyse. Nous avons fait le choix de procéder à une analyse du contenu du discours de manière thématique. Ainsi, nous avons entrepris une démarche de thématization telle celle définie par Paillé et Mucchielli (59) à savoir la « *transposition d'un corpus donné en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé et ce, en rapport avec l'orientation de recherche* ». Nous avons opté pour une analyse sur « *support papier* » (59) (c'est-à-dire sans l'usage de logiciel) dans la méthodologie de Paillé et Mucchielli (59). Par ailleurs, nous avons fait le choix d'un « *mode d'inscription sur fiche* » (59) qui correspond à l'inscription de thèmes au cours de l'analyse sur un support distinct de celui des entretiens. Nous avons procédé par thématization continue, c'est-à-dire un processus continu « *d'attribution de thèmes et, simultanément, de construction de l'arbre thématique* » (Paillé et Mucchielli (59)).

L'analyse thématique s'est réalisée selon deux axes de lecture : l'un vertical et l'autre horizontal. L'analyse verticale correspondait à l'analyse thématique du contenu au sein d'un même entretien. Celle horizontale était l'analyse thématique transversale, c'est-à-dire inter-entretiens.

Nous avons débuté l'analyse des premiers entretiens avant la clôture de l'ensemble de ceux-ci. Cependant, nous ne pouvons rattacher cela à une démarche stricte de théorisation ancrée qui correspond à « *un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation* » (V. Méliani (60)) étant donné le travail bibliographique débuté en amont des entretiens.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

3.1 La place de la stérilisation volontaire féminine au sein de l'activité des soignants

3.1.1 Fréquence des demandes

Lors des entretiens, nous avons décidé de débiter par une question concernant l'orientation vers la gynécologie obstétrique avant d'entamer l'échange sur la stérilisation volontaire féminine de la façon suivante : *J'aimerais échanger avec vous sur ce qu'on appelle la stérilisation volontaire féminine. Dans votre pratique, est-ce que vous avez déjà rencontré une ou plusieurs demande(s) de stérilisation volontaire féminine ?*

A cette question, tous les soignants interrogés ont eu une réponse positive et avaient donc déjà rencontré au moins une demande de stérilisation, ce qui engageait l'échange vers des questionnements concrets de leur pratique. Parmi les internes, la fréquence a été plus difficilement quantifiable car il s'agissait d'une donnée stage-dépendante et donc davantage variable dans le temps que pour les praticiens établis dans un endroit de manière durable. Pour les deux praticiens (E2 et E8) ayant débuté leur exercice avant la légalisation de la stérilisation leur a été posée la question concernant un éventuel changement de fréquence dans les demandes. Cette interrogation n'a pas mis en évidence une augmentation des demandes suite à la légalisation de 2001 (ce qui concorde avec les chiffres donnés par l'INED⁶(13)). Cependant, un de ces deux praticiens (E8) constate une augmentation plus récente (« *depuis 3/4 ans* ») des demandes formulées par des patientes nulligestes. L'autre praticienne (E2) (ayant eu un exercice avant la légalisation) a remarqué une tendance à l'augmentation de l'alternance entre contraception féminine et masculine au sein des couples, ce qui amènerait les couples à envisager plus fréquemment la vasectomie. Cependant, la ligature tubaire tout comme la vasectomie sont des contraceptions définitives et il est difficile de les concevoir dans un schéma d'alternance puisqu'ils se caractérisent par leur irréversibilité. Nous n'avons cependant pas fait

⁶ En effet, l'Institut National d'Etudes Démographiques estime que parmi les femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive en 1968, 9,7 % d'entre elles utilisaient la stérilisation (féminine ou masculine) comme méthode contraceptive, en 1988 : 7,1 %, en 2010 : 3,7 % et en 2013 : 3,2 % d'entre elles.

préciser à cette praticienne comment la vasectomie et la contraception définitive étaient inclus dans ce type de modèle contraceptif.

Parmi les dix soignants interrogés, sept ont pu quantifier la demande rencontrée (les trois ne l'ayant pas fait étant les internes). L'évaluation de la fréquence s'est faite à l'échelle personnelle de consultation ou à celle de leur structure professionnelle (cf. tableau 12). Ainsi, on peut voir que dans les entretiens auprès de gynécologues obstétriciens, il s'agit d'une demande courante, allant d'environ une fois tous les 2 mois (E2⁷) à une à deux demandes par semaine (E7). Enfin, au niveau des structures, cela va de 5 à 10 fois par an (E4) à 2 à 3 fois par semaine (E8) en sachant que pour la praticienne du quatrième entretien, celle-ci a bien précisé qu'ils représentaient un lieu de pratique de la ligature tubaire pour des « *profils qui se font récuser partout* » à savoir essentiellement des femmes jeunes (sans précision de l'âge par la soignante) sans désir d'enfant.

⁷ La numérotation des entretiens correspond à celle dans le tableau 13 qui suit.

	<u>Quantification à l'échelle personnelle</u>	<u>Quantification à l'échelle de l'établissement</u>
Entretien 1	Environ deux demandes par mois	
Entretien 2	Pratiquait 4/5 ligatures tubaires par an	
Entretien 3	A réalisé 2/3 certificats pour déclencher le délai de réflexion au cours des deux dernières années	
Entretien 4		- 5 à 10 ligatures de trompes par an - un peu moins d'une fois par mois chez des femmes jeunes sans désir d'enfant
Entretien 7	Rencontre des demandes de stérilisation une à deux fois par semaine	
Entretien 8		2 à 3 coelioscopies pour ligature de trompes par semaine dans le service
Entretien 10	« Entend parler » de la stérilisation environ une fois par mois dans ses consultations personnelles	

Tableau 12 : Fréquence à laquelle les praticiens estiment se trouver - à titre individuel ou au sein de la structure d'exercice - confrontés à la question de la stérilisation volontaire féminine à visée contraceptive (estimation en nombre de demandes ou en nombre d'actes effectués).

Entretien 1 (gynécologue-obstétricienne)	- Rencontre des demandes « <i>régulièrement</i> » (deux demandes par mois au sein de ses consultations personnelles)
Entretien 2 (gynécologue-obstétricienne à la retraite)	- Pratiquait 4/5 ligatures tubaires par an pendant une quarantaine d'années - Aucun changement de fréquence dans les demandes de stérilisation féminine remarqué - Constat d'une augmentation des couples désirant alterner contraception féminine et masculine et d'une augmentation de l'évocation de la vasectomie
Entretien 3 (médecin généraliste)	- Dit donner l'information « <i>régulièrement</i> » (estimation à une fois par mois) - A fait 2 ou 3 certificats pour déclencher le délai de réflexion sur les 2 dernières années
Entretien 4 (médecin généraliste)	- Rencontre des demandes « <i>assez régulièrement</i> » (« <i>entre 5 et 10 fois par an, un peu moins d'une fois par mois</i> » pour les femmes jeunes sans désir d'enfant) - Dit que « <i>c'est quand même assez rare</i> »
Entretien 5 (interne en gynécologie-obstétrique)	- Dit reconstruire « <i>régulièrement</i> » des demandes de stérilisation féminine - Difficulté d'estimer une fréquence des demandes dans sa pratique. Elle explique qu'il s'agit d'une question stage-dépendante.
Entretien 6 (interne en gynécologie-obstétrique)	- A déjà rencontré des demandes (aucune fréquence indiquée) - A « <i>assisté à plein de consult' justement stérilisation</i> » en stage en Grande-Bretagne
Entretien 7 (gynécologue-obstétricienne)	- Dit avoir des demandes de stérilisation féminine « <i>à peu près toutes les semaines</i> » (une à deux fois par semaine) - Dit que la demande de stérilisation c'est « <i>quelque chose de vraiment très fréquent</i> » - Constate une augmentation des demandes « <i>de femmes jeunes qui souhaitent des contraceptions définitives.</i> »
Entretien 8 (gynécologue-obstétricien)	- Dit rencontrer « <i>beaucoup</i> » de demandes (dans son service sont pratiquées 2 à 3 ligatures de trompes par semaine) - Constat d'une augmentation des demandes de stérilisation féminine (il corrèle cette augmentation à la médiatisation concernant les contraceptions hormonales, l'intérêt croissant pour des problématiques écologiques ainsi qu'une expression en augmentation d'un désir de liberté, notamment sexuelle) - Constat depuis « <i>3-4 ans</i> » d'une augmentation des demandes formulées par des patientes qui n'ont pas d'enfants - Les interventions de stérilisation ont été repoussées ces 2 dernières années du fait de la crise sanitaire dans son service
Entretien 9 (interne en gynécologie-obstétrique)	- A essentiellement assisté à la partie technique de la ligature de trompes au bloc opératoire. - A assisté à « <i>quelques</i> » consultations de « <i>médecins séniors</i> » pour des stérilisations. - Dit que les demandes de stérilisation sont « <i>très peu fréquent(es)</i> » dans son expérience
Entretien 10 (maïeuticienne)	- Evalue les demandes de stérilisation féminine à une fois par mois dans ses consultations - Constat que la ligature tubaire « <i>c'est de plus en plus euh demandé, même de plus en plus tôt parfois chez les plus jeunes femmes qui pensent pas vouloir d'enfants en fait dans leur vie</i> » - Constat d'une augmentation des demandes d'information et des demandes pour la vasectomie.

Tableau 13 : Fréquences de demandes de contraceptions définitives observées par les soignants

3.1.2 Orientation vers une activité gynécologique

Lors de l'élaboration de la trame d'entretien, nous avons choisi de débiter par une question ouverte quant au parcours des participants et leur orientation vers une activité gynécologique. Le but étant d'obtenir un contexte professionnel et éventuellement quelques éléments ensuite pour l'analyse des entretiens plutôt que d'en faire un réel sujet d'analyse. Nous étions conscients de l'aspect controversé du sujet de la contraception définitive et il nous tenait donc à cœur de débiter par une question plus personnelle dans un souci de confort des professionnels de santé. L'interprétation des réponses à une question quant au parcours soulève la difficulté des mécanismes de rationalisation secondaire.

Parmi les gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie-obstétrique, quatre sur sept évoquent l'appétence pour la chirurgie et deux ont souligné l'attrait d'une alliance entre la dimension intellectuelle et celle manuelle. Cinq des dix praticiens avec qui nous avons pu échanger mentionnent les stages dans leur aiguillage professionnel vers une activité gynécologique, une mention faite aussi bien par les internes que les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens. Plusieurs professionnels justifient leur choix par un engagement personnel ou par l'attrait du militantisme féministe. En effet, une praticienne (E2) explique s'être orientée vers la gynécologie-obstétrique après une thèse en hématologie du fait de son engagement dans plusieurs mouvements féministes et car elle s'y sentait plus « *utile* » pour reprendre ses termes :

« ayant déjà beaucoup d'engagement dans la vie de tout ce qui était mouvement de libération des femmes à ce moment-là et du MLAC donc finalement je me suis dit : je serai beaucoup plus utile à être dans la gynéco-obstétrique et c'est comme ça que j'ai commencé ma spécialité. »

De même, une médecin généraliste (E3) a rejoint le planning familial dès l'obtention de sa thèse et y est restée, dit-elle, du fait de la dimension engagée et militante. Elle ne se considère pas militante elle-même mais y voit un moyen réflexif de sa pratique. A cet engagement du planning familial qu'elle apprécie, elle associe le terme d'« *idéaux* » sans pour autant préciser si celui-ci se rapporte à sa pratique et son engagement au sein d'une structure de planification familiale ou plus généralement à l'action du planning. On retrouve chez une interne (E6) la combinaison de deux éléments comme motivation à s'orienter vers une activité gynécologique : son attrait pour la chirurgie et son engagement féministe, engagement dans lequel elle souhaite inscrire sa pratique pour agir contre les violences gynécologiques. L'engagement personnel est donc évoqué à trois reprises de manière explicite par les professionnels pour expliquer leur choix de spécialité et d'activité. Une

interne formule, elle, son intérêt pour « *la santé des femmes* » sans exprimer de manière explicite un engagement.

La diversité au sein de la spécialité gynécologique est évoquée par plusieurs soignants comme un élément positif. Une interne (E6) dit apprécier la diversité du lieu d'exercice offerte par cette spécialité. Une autre interne nourrit cela en exprimant sa satisfaction d'exercer une spécialité au carrefour « *entre la médecine d'urgence et la médecine de suivi* » (E5). Quatre soignants soulignent la diversité de pathologies, de sous-spécialités et d'âge des patientes que propose l'activité gynécologique.

Enfin, à cette première question d'orientation vers une activité gynécologique, une interne a mentionné de manière singulière la « *part psychologique hyper importante* » (E5) comme un motif d'orientation vers une activité gynécologique. Cependant, elle ne précise pas si celle-ci concerne les patientes, les professionnels ou les deux. A ce stade, il nous semble pertinent de noter cette évocation de la « *part psychologique* » comme un attrait vers cette spécialité. En effet, elle est ensuite évoquée dans plusieurs entretiens dans le cadre de la stérilisation volontaire sans pour autant l'avoir été dans les motivations d'orientation vers cette spécialité.

3.1.3 La formation

Afin d'évaluer la place de la contraception définitive, nous voulions questionner les professionnels sur la formation qu'ils avaient eue à ce sujet, la formation étant une des portes d'entrée dans une pratique. Dans la formation, le cadre légal semble être l'élément qui revient fréquemment (trois soignants). Concernant le contenu de la loi et son interprétation, aucun soignant n'a fait part d'une orientation spécifique dans l'apprentissage ou de directives dans son interprétation. Une médecin généraliste (E3) précise cette absence de directive et explique qu'il s'agissait d'une présentation « *très factuel(le)* » de la loi.

Parmi les dix professionnels avec lesquels nous avons pu échanger, deux (E2 et E8) ont débuté leur activité avant la loi du 4 juillet 2001. De fait, ils n'ont pu mentionner la loi dans leur formation initiale mais ils disent avoir quand même eu une formation à la stérilisation. L'un de ces deux praticiens (E8) mentionne l'interdiction légale de pratiquer la ligature tubaire au moment de sa formation initiale mais explique que cela se faisait « *malgré tout* ». L'autre gynécologue-obstétricienne (E2) formée avant l'autorisation légale nous explique sa formation sans même mentionner l'interdiction légale, laissant à penser qu'il s'agissait d'un apprentissage comme un autre :

« Bah c'était dans dans euh j'allais dire le, bon , tout ce qui était, ligature etc c'était pendant ma spécialité, pendant ma formation, et puis après c'était la formation continue euh comme toutes les nouvelles j'allais dire méthodes qu'on pouvait acquérir à travers bah des des stages etc de voilà ! Donc oui, ma a formation elle s'est faite auprès de confrères »

Deux internes en gynécologie-obstétrique (E5 et E9) estiment que leur formation en matière de contraception n'est pas très étendue en comparaison à leur formation technique. L'accent est mis sur la formation technique par les gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie-obstétrique. Une interne en gynécologie obstétrique (E9) évoque d'ailleurs la gynécologie comme un « *acte chirurgical* » sans préciser de quelle spécialité gynécologique elle parle. On retrouve donc l'importance de la chirurgie au sein de la spécialité gynécologie-obstétrique que nous avons pu mettre en lumière lors de la question concernant le parcours médical (l'attrait chirurgical était un élément de réponse redondant).

On a pu remarquer que deux praticiennes (E5 et E7) ont eu des réactions d'hésitation ou d'étonnement lorsqu'on leur a demandé quelle formation elles avaient eue sur la contraception définitive féminine. L'une d'entre elles nous a fait préciser notre question en demandant si on faisait référence à la formation technique (E5). On remarque ainsi que la première formation qui vient en tête est celle technique. L'étonnement de la seconde praticienne (E7) tend à montrer que celle-ci conçoit la formation à la stérilisation féminine comme une formation appartenant au socle de formation commun, puisqu'elle ne considère pas avoir de « *formation particulière* ». Par ailleurs, elle évoque l'apprentissage sur le « *terrain* » sans précision. Cela ne nous permet pas de savoir s'il s'agit d'un apprentissage technique au bloc opératoire ou également d'un entraînement à la prise de décision. On retrouve l'usage du terme « *terrain* » dans un autre récit (E6) mais cette fois pour décrire une formation technique.

Ainsi, si verbalement, la priorité est donnée à la formation technique, toutes les internes interrogées avaient assisté à au moins une demande de stérilisation au cours de leur internat (soit en consultation aux urgences soit en suppléant un médecin sénior) donc les trois internes avaient été confrontées à des demandes concrètes de patientes. On perçoit que la stérilisation féminine est un cas qui se présente au cours de la formation des internes en gynécologie-obstétrique, cas qui se présente justement sur le « *terrain* » (pour reprendre les termes de certains entretiens). Cette formation sur le « *terrain* » via la rencontre de cas concrets en consultation est formulée par la médecin-gynécologue

qui avait été étonnée de notre question (E7). Cet apport de précisions sur sa formation contribue à montrer l'alliance à l'internat entre formation chirurgicale technique et en consultation.

Outre cette formation technique, une médecin généraliste exerçant en centre de planification familiale nous a fait part de son expérience lors de sa formation initiale en terme de prise de décision quant à la stérilisation et dit n'avoir reçu « aucune » formation initiale sur le sujet. Elle relate avoir assisté à des prises de décision prises par le corps médical pour des femmes multi-césariées sans demande de l'avis de la patiente. Elle précise avoir appréhendé la stérilisation contraceptive au cours de ses études « *que comme une décision unilatérale médicale posée, une indication médicale* ». Ainsi, cette praticienne ne semble pas considérer comme formateur cette expérience en estimant n'avoir reçu « aucune » formation initiale. Elle déclare ne pas vouloir reproduire ce type de pratique.

La formation continue est évoquée par plusieurs praticiens, qui emploient directement le terme « *formation continue* » ou qui décrivent un processus d'apprentissage post-diplomation. A travers leur récit, plusieurs semblent considérer la formation continue comme un vecteur pour développer de nouvelles techniques et donc une nouvelle offre de soin dans leur structure. Deux soignantes (E1 et E6) expriment leur projet et leur motivation pour une formation à la stérilisation par voie vaginale. Dans le récit d'une interne (E6), on voit que la formation à la contraception définitive par voie vaginale contribue à faciliter l'accès à la stérilisation par un geste technique moins impactant corporellement. L'interne précise que cette méthode est analogue sur le plan anesthésique à « *une péri donc c'est bien accepté, c'est bien toléré.* ».

De même, une praticienne (E4) rend explicite sa motivation à la formation continue pour faciliter l'accès à la contraception et plus précisément à la vasectomie. Ainsi, par sa formation continue, elle souhaite étendre l'accès à la vasectomie, et ce dans un lieu qui est principalement dédié à recevoir des femmes (centre d'IVG) et par un médecin (c'est-à-dire elle) d'ordinaire habituée à recevoir majoritairement des femmes. Elle exprime son souhait d'étendre ses compétences à la réalisation de vasectomie. Pour elle, ce serait aussi un moyen de « *maîtriser* » le « *discours* » tenu dessus notamment par les urologues.

Dans trois témoignages sur la formation continue, est évoquée une formation provenant de confrères. Deux praticiennes exerçant au planning familial (E3, E4) - une en entretien et l'autre hors entretien - nous ont fait part de leur venue au congrès de l'ANCIC quelques jours avant notre entrevue. L'une d'entre elles le considère à part entière au sein de sa formation lors de l'entretien. On peut noter une diversité de sources au sein de la formation continue.

Parmi les trois internes, deux nous ont fait part d'un enseignement autodidacte par curiosité personnelle sur la stérilisation (E6, E9).

Deux praticiennes nous ont évoqué des stages et une pratique à l'étranger en dehors de leur réponse à notre question concernant la formation. Cependant, dans leur récit concernant ces expériences internationales, elles soulignent des pratiques qu'elles ne connaissaient pas en France et donc la découverte d'autres façon d'appréhender le sujet, sans pour autant le considérer à proprement parler comme une « *formation* » puisque cela a été évoqué à d'autres moments de l'entretien. Une gynécologue-obstétricienne (E7) souligne l'absence de critère de parité dans l'éligibilité des femmes à la stérilisation au Canada tandis qu'une interne (E6) se rappelle la pose d'implants Essure en consultation en Grande-Bretagne. On peut se demander si ces expériences internationales sont comprises dans la formation de ces soignantes, dans la mesure où un acquis d'une formation a vocation à être employé dans la pratique future alors que ces observations hors du territoire ne semblent pas être perçues ou du moins racontées comme des pratiques pouvant être mises en place dans leur exercice. Nous n'avons pas fait préciser ces professionnelles lors de l'entretien.

Un médecin généraliste (E4) a déploré au cours de l'échange une lacune dans la formation médicale en nous racontant l'histoire d'une patiente qui avait suivi un parcours de PMA ayant abouti à une grossesse gémellaire. La patiente ne se sentant pas prête à avoir des jumeaux a eu recours à une IVG. Le médecin généraliste nous a expliqué que ce genre de situation n'était pas bien accueilli dans le monde médical, en partie du fait d'un manque de formation à ce sujet. Le médecin a décrit ce type de situation comme une dépossession de « *victoire* » médicale par la patiente. Elle n'a pas transposé elle-même dans l'entretien la situation à la contraception définitive. Cependant le fait de donner cet exemple nous amène à entreprendre cet exercice : considérons, par exemple, une femme qui a eu recours à la stérilisation via une première intervention (en situation miroir de la PMA dans la situation donnée en exemple par le médecin) puis qui a ensuite eu un désir de grossesse ce qui l'a amenée à suivre un parcours de PMA (en situation miroir de l'IVG dans la situation donnée par ce médecin). En d'autres termes, la réussite médicale de la réalisation de l'acte chirurgical de ligature des trompes serait remise en question par la patiente à travers un éventuel changement d'avis. A ce changement de « *statut* » (pour reprendre les termes de la soignante) interrogée, à savoir le fait qu'une intervention passe d'une réussite médicale à un échec, la formation médicale serait insuffisante. A travers ce récit, on peut voir une éventuelle cause de refus des médecins impliquant la formation. Une autre interprétation possible de cet exemple donné par cette soignante serait un manque de formation au partage de la prise de décision ou bien la priorité donnée par la formation médicale à la procréation. Malheureusement, nous ne lui avons pas fait préciser.

A travers les récits des soignants de leur enseignement, nous avons prêté intérêt à la temporalité de la formation concernant la stérilisation volontaire féminine. Trois soignantes datent explicitement le début d'une formation (autodidacte ou officielle) lors de l'externat. La formation à l'externat semble avant tout théorique dans le récit des soignants. Les soignants évoquent leur internat comme approfondissement notamment sur le plan technique (pour les internes en gynécologie-obstétrique et les gynécologues-obstétriciens). Si le cadre théorique était au premier plan à l'externat sur le sujet de la stérilisation volontaire féminine et plus généralement de la contraception, il semble passer au second lors de l'internat dans le récit de quatre soignants en gynécologie-obstétrique pour donner la priorité à la formation technique. Enfin, l'internat semble avoir également été le moment pour les soignants (en l'occurrence les deux médecins généralistes) qui n'ont pas choisi une spécialité gynécologique d'orienter leur pratique vers une activité gynécologique via les stages, leur thèse et des DU. La maïeuticienne interrogée (E10) nous explique avoir orienté son mémoire sur la contraception (sans préciser davantage).

Les formulations de trois gynécologues montrent une non-distinction de la stérilisation par rapport aux autres méthodes contraceptives ou aux autres actes dans leur formation. Par exemple, l'une (E7) dit :

« on apprend les règles et bases médico-légales, les techniques chirurgicales comme n'importe quel autre moyen de contraception. Ça fait partie du décliné de toutes les contraceptions qui existent »

3.2 La place du soignant dans une contraception définitive

3.2.1 Une pratique qui diffère des autres ?

Nous avons pu demander à neuf soignants (sur dix interrogés) si la prise de décision et l'accompagnement dans une contraception définitive différait des autres prises de décision et accompagnements dans leur pratique. Sept des neuf soignants interrogés sur ce point ont répondu de manière explicitement négative. Une des soignantes a répondu de manière nuancée (E5) tandis qu'une d'entre elles (E9) a dit que cela différait du reste de sa pratique. Cette dernière (E9) était une interne et expliquait que cette distinction reposait sur la présence d'un délai de réflexion alors qu'il n'« y a pas beaucoup de procédures où y a un délai ».

La soignante (E5) qui a émis une nuance quant à la différenciation de cette pratique était également une interne. En effet, elle soulignait le fait que la stérilisation amenait à des discussions collégiales alors que les décisions quotidiennes se font habituellement dans le huis-clos de la relation médecin-patiente. Elle nuance son propos en comparant ces discussions collégiales à d'autres survenant dans sa pratique avant d'inclure la contraception définitive féminine dans la catégorie des « *décisions pas faciles à prendre* ». Cette référence à la discussion collégiale lors de cette question est également faite par une gynécologue-obstétricienne (E7) qui a toutefois répondu que ça ne différerait pas des autres accompagnements.

Enfin, les sept soignants qui déclarent que la stérilisation volontaire féminine ne diffère pas des autres actes dans leur pratique explicitent leur pensée et y apportent des compléments. Deux gynécologues-obstétriciens (E2 et E8) y voit un élément du « *parcours de vie* » (E2) et une « *réflexion de la patiente sur sa vie* » (E8), parcours et réflexion qu'ils disent ne pas avoir à influencer. L'une d'entre eux deux (E2) dit y voir un élément semblable dans le « *parcours de vie* » que celui de désirer une grossesse. La non-distinction entre désir de grossesse et désir de non-grossesse fait écho à la non-distinction sur le plan chirurgical qu'établit une interne. Cette interne (E6) dit considérer ce geste chirurgical « *avec ses risques et ses bénéfices* » comme toute autre chirurgie non-urgente.

Parmi les nuances apportées par les soignants pour qui l'accompagnement dans une contraception définitive ne diffère pas des autres, une gynécologue (E7) mentionne la mise en place d'une consultation psychologique. Elle explique que celle-ci est demandée pour « *les jeunes femmes* » avec une demande de stérilisation. Une médecin (E4) explique son souhait de ne pas faire de distinction d'accompagnement, qui - pour elle - peut intégrer les prérogatives de l'exercice du médecin si celui-ci lui y fait une place. Elle dit avoir « *fait ce travail là* » à titre personnel. Enfin, une médecin généraliste (E3) et une maïeuticienne (E10) considèrent que la prise en charge ne diffère pas des autres si ce n'est qu'elles ne peuvent mettre en place toute seule cette contraception contrairement aux autres.

3.2.2 Information sur cette méthode contraceptive

Nous nous penchons désormais sur l'information délivrée par les soignants sur cette méthode contraceptive. Dans cette partie, nous porterons notre attention sur l'information ciblée concernant cette méthode contraceptive et non sur une information contraceptive plus globale ou encore la proposition de la stérilisation par le soignant à la patiente.

Neuf soignants sur dix nous ont fait part explicitement du caractère irréversible dans l'information donnée à la patiente (la seule ne l'ayant pas dit est l'interne de E9). Cependant, la forme et le statut de cette information diffèrent d'un soignant à l'autre. Une gynécologue-obstétricienne (E1) explique que la compréhension de cette information c'est « *le plus important* » pour elle. Ce caractère irréversible implique pour une autre gynécologue (E2) une réponse non urgente de la patiente suite à l'information reçue. Dans l'exercice de ces deux gynécologues-obstétriciennes, est explicitée une démarche précautionneuse vis-à-vis de la compréhension de l'irréversibilité par la patiente.

La présentation du caractère irréversible de cette méthode contraceptive varie d'un soignant à l'autre. En effet, une gynécologue-obstétricienne (E2) explique présenter l'irréversibilité de cette méthode sans jamais laisser « *un tout petit soupçon de réversibilité* ». Pour l'assimilation de cette information par la patiente, elle leur demandait de répondre à une question « *au fond d'elle-même* » sur les implications de l'irréversibilité de ce geste en considérant qu'elles-seules détiennent la réponse. On y voit la délivrance d'une information renforcée par un exercice réflexif proposé à la patiente. Un autre gynécologue (E8) propose aussi un exercice réflexif à ses patientes en leur posant une question à laquelle elles doivent répondre quant à l'irréversibilité de la procédure. Une interne traduit le caractère irréversible dans son information en expliquant à la patiente que « *c'est pas une décision qu'on prend à la légère* » (E5). De même, une maïeuticienne (E10) dit dans l'information à ses patientes qu'« *il faut qu'elles soient sûres de leur choix* » et explique « *alerter* » ses patientes sur l'irréversibilité.

Les présentations du caractère irréversible de la stérilisation que nous venons d'exposer contrastent avec celle d'une médecin généraliste (E3) qui - dans la présentation de la technique - présente les recours possibles en cas de changement d'avis post-stérilisation. Cela n'a été mentionné par aucun autre soignant. L'assurance de la compréhension de l'irréversibilité du geste par la patiente repose, pour cette médecin, sur un mécanisme intuitif personnel du médecin davantage que sur un procédé relationnel tel l'exercice réflexif proposé précédemment par deux gynécologues-obstétriciens (E2 et E8). Enfin, cette médecin généraliste (E3) conçoit son rôle comme celui d'une informatrice, conception partagée avec la gynécologue-obstétricienne (E2) qui proposait un exercice réflexif aux patientes. Cependant, dans un même rôle d'informateur, on voit des différences de procédé dans l'information délivrée, voire-même de contenu concernant l'irréversibilité. En tout, trois soignantes nous ont dit concevoir leur rôle comme celui d'informatrices (E2, E3, E4) et ces trois soignantes sont les trois à exercer au planning familial. Enfin, les choix sémantiques diffèrent d'un soignant à l'autre. Tous les soignants parlent de l'irréversibilité dans l'information délivrée en tant que geste ou contraception « *définitifs* » sauf une qui évoque « *l'irréversibilité* » (E1) et une autre qui la présente comme une technique « *non-réversible* » (E4).

Deux médecins généralistes (E3,E4) travaillant au planning familial insèrent dans leur information aux patients une mention sur l'accès à cette méthode contraceptive. L'une d'entre elles (E3) précise aux femmes jeunes⁸ qu'il est difficile de trouver un praticien prêt à accéder à cette demande et en revanche à celles de plus de 35/40 ans « *qu'il y a plein d'endroits et que c'est facile* ». De même, une autre médecin généraliste (E4) inclut dans son information l'adressage possible à des chirurgiens acceptant les demandes de stérilisation sur seul critère de conformité avec la loi et les normes des chirurgiens « *bienveillants* ». Une interne (E6) n'inclut pas l'accès à cette méthode contraceptive dans son information mais en fait un marqueur distinctif dans l'information délivrée à la patiente. Pour les patientes pour qui c'est non « *jouable*» selon elle (elle précise plus tardivement qu'il s'agit des « *nulligestes jeunes*») elle leur fournit l'information concernant la méthode contraceptive sans fournir une information d'adressage, alors qu'elle fournit cette information d'adressage aux femmes plus âgées ayant déjà des enfants. Dans le récit de cette interne (E6), on voit une notion de jeunesse guidant la délivrance de l'information en dessous de 30 ans.

Sept participants sur dix mentionnent des informations techniques du geste, information dont nous avons un contenu plus ou moins détaillé selon les soignants. Une médecin généraliste (E4) explique utiliser un support visuel pour montrer à quoi correspond l'intervention. Cela rejoint le propos d'une maïeuticienne (E10) qui explique donner une information sur la procédure via le livret écrit d'information. Une interne (E9) qui n'a pas encore guidé de consultations de stérilisation mais qui a assisté à plusieurs relate premièrement et quasi exclusivement l'information technique (en plus de celle concernant la vasectomie).

Une interne (E5) dit expliquer les différentes possibilités chirurgicales aux patientes et présenter également les risques opératoires. De même, une gynécologue-obstétricienne (E7) nous dit délivrer une information quant aux risques opératoires, information qu'elle met au même niveau que celle de l'irréversibilité car elle voit dans cette information technique un moyen d'éviter ou du moins limiter les « *regrets* ». L'information semble conçue par cette praticienne comme un rempart contre un « *regret* ». Pour cette gynécologue (E7), l'information à ses patientes c'est « *pour les protéger en fait (...) contre moi, contre elles, contre tout ce qui peut leur arriver* ».

⁸ Elle explicite dans l'entretien que dans ce contexte, elle entend par « *jeune* » être âgé de moins de 35 ans.

Deux soignantes (E4 et E6) expliquent également que la stérilisation ne va pas supprimer les règles des femmes et donc informent sur les suites concrètes de la stérilisation. L'une d'entre elles précise à ses patientes :

« que ça changera rien sur leur rapport sexuel, et qu'on enlève rien en fait (...) et donc qu'il n'y pas de raison que ça impacte parce qu'il y a des femmes qui parfois pensent que ça va supprimer leurs règles ou que ça va supprimer d'autres choses dans leur vie de femme ».

Quatre soignants nous disent présenter les autres alternatives contraceptives lors de l'information délivrée concernant la contraception définitive féminine. Une médecin (E4) émet toutefois des réserves quant à la portée de cette information en précisant que les femmes arrivant avec cette demande sont « *très informées* ». Une gynécologue (E7) dit « *leur proposer quelque chose de moins risqué en terme de geste chirurgical (...) si on peut leur éviter une chirurgie on va leur proposer les autres alternatives en priorité* ». Il est difficile d'interpréter le terme « *proposer* » en terme d'information car on ne sait pas quelle est la visée de cette « *proposition* ». On peut se demander si elle est formulée dans une intention uniquement informative ou également de conseil.

Deux médecins (E2 et E3) n'ont pas déclaré réaliser une présentation des méthodes contraceptives lors de l'information sur la stérilisation volontaire féminine dans le cas d'une demande, ce qui concorde avec leur conception de l'information en matière contraceptive, à savoir d'abord examiner la demande d'une patiente et étendre l'information en cas de contre-indication ou si la demande ne semble pas suffisamment éclairée. On voit donc une cohérence et une même ligne de conduite au sein de leur discours quant à l'information délivrée pour une demande de contraception réversible et celle délivrée dans le cas d'une demande de contraception définitive.

Huit soignants sur dix mentionnent la vasectomie lors d'une information fournie dans le cadre d'une demande de stérilisation féminine. Les deux médecins qui ne l'évoquent pas dans l'information délivrée lors d'une demande de stérilisation féminine la mentionnent dans les méthodes contraceptives évoquées avec leurs patientes hors de ce contexte spécifique. La prise en compte de la situation conjugale et amoureuse de la patiente est en revanche peu évoquée (quatre professionnels).

Dans plusieurs témoignages de femmes, celles-ci trouvaient anormal qu'on leur propose une stérilisation pour leur mari alors qu'elles consultaient à titre personnel. Or, du point de vue médical, l'information concernant la vasectomie semble appartenir à une démarche d'information standardisée

puisque huit soignants sur dix évoquent la vasectomie lors d'une demande de ligature alors que quatre soignants sur dix mentionnent la prise en considération de la situation conjugale des patientes.

La faible mention de la situation conjugale ne peut être interprétée comme une absence dans la pratique car il peut également s'agir d'un élément omis ou non déclaré. Une interne (E5) inscrit l'information concernant la vasectomie dans « *l'information éclairée* » de la patiente et donc dans les prérequis. Par ailleurs, elle dit que « *toutes ne sont pas au courant* » que la vasectomie existe.

Cinq praticiens sur dix ont mentionné le délai de réflexion dans l'information donnée à une demande. La mention de ce délai varie d'un praticien à l'autre. L'une d'entre elles le mentionne pour par exemple pour l'enclencher (E3). Une médecin généraliste (E4) nous dit, elle, expliquer la présence de ce délai et « *pourquoi il existe* » sans pour autant expliciter le contenu de cette information. Enfin, un gynécologue-obstétricien (E8) introduit le délai de réflexion lors de l'explication législative donnée à ses patientes concernant la stérilisation.

Quatre soignantes (une gynécologue, une médecin généraliste, une interne et une maïeuticienne) mentionnent le livret d'information qu'elles fournissent lors d'une demande (une médecin généraliste explique parfois oublier de le donner). Enfin, une seule soignante (E5) mentionne le temps de réponse aux questions dans l'information donnée aux patientes ce qui vient compléter sa perception relationnelle et communicationnelle de la relation médecin-patient :

« enfin on n'est plus dans une médecine patriarcale où on prend une décision pour une patiente, on est en 2022 et on est dans un échange avec nos patientes »

Une interne (E6) explique réaliser des consultations aux urgences durant lesquelles elle est parfois amenée à évoquer la contraception définitive. Les urgences, n'étant pas le lieu pour une information idéale d'après elle, elle les oriente vers le site « choisirmacontraception.fr » pour une information complémentaire qui offre, de fait, une présentation des méthodes existantes.

Enfin, une médecin généraliste (E3) explique avoir rencontré des patientes ayant eu plusieurs refus auprès de praticiens qui ne leur délivraient pas l'information puisqu'ils n'allaient pas pratiquer le geste.

3.2.3 La relation médicale : une relation bipartite

En dehors de la relation bipartite médecin-patiente sont évoqués des tiers impliqués à différents niveaux dans le processus de contraception définitive.

Comme nous avons pu le souligner, la vasectomie est majoritairement évoquée lors de l'information délivrée à la patiente sur la contraception définitive et parfois même au sein de l'offre contraceptive sans demande de la part de la patiente. Ainsi, on perçoit l'introduction du tiers conjugal dans une relation entre deux individus. Les questions contraceptives introduisent de fait un tiers au sein de la relation par le fait même qu'elles abordent des questions de sexualité. Une interne (E5) émet des questionnements quant à une possible implication plus grande du conjoint dans le choix décisionnel. Elle dit ne pas pouvoir évaluer « *l'influence du mari* » dans la prise de décision de ligature tubaire. Cette présence conjugale a été observée par une autre interne (E6) de manière concrète en consultation dans sa pratique « *depuis quelques temps* » lorsque les patientes viennent accompagnées. Ce constat est « *plaisant* » pour cette interne « *puisque ça concerne les deux* ».

La présence conjugale est également amenée par une gynécologue (E7) lors de ses consultations et cela de manière personnalisée auprès de sa patiente :

« j'essaye de déterminer toujours avec sa patiente quel est son projet en terme de vie : est ce qu'elle est en couple stable avec son conjoint, et que en gros ils veulent se passer de moyens de contraception et qu'ils ont bien réfléchi à toutes les alternatives. Est ce que c'est une période un petit peu moins stable pour la patiente etc »

Cependant, cette praticienne constate que cet apport de la présence du conjoint n'est pas toujours pertinente au vu des motivations exprimées des femmes de se tourner vers ce choix à titre personnel, élément qu'on retrouve dans une majorité de témoignages de femmes au sein de notre revue.

Plusieurs médecins évoquent des facteurs extrinsèques davantage sociétaux. Ainsi, un médecin (E8) évoque le rôle des réseaux sociaux dans l'information contraceptive, un rôle que nous avons déjà pu observer dans la revue des témoignages de femmes. Nous avons noté l'appui trouvé par plusieurs femmes sur les réseaux sociaux pour accéder à la contraception définitive. Une autre gynécologue (E7) évoque des mouvements de dénigrement professionnel grandissants (« *on a de plus en plus de gynéco-bashing* ») dans la presse vis-à-vis des gynécologues et qui se répercuteraient sur l'exercice médical. Une médecin généraliste (E4) élargit à l'influence d'un facteur sociétal. Pour elle,

« la médecine elle est toujours en miroir de ce qui se passe dans notre société » et cela influencerait son exercice.

Comme nous pourrions le voir plus loin, la contraception est un sujet d'échanges entre confrères. A travers ceux-ci, la présence concrète de tiers dans la prise de décision est perceptible par plusieurs soignants. Une interne (E6) nous explique par exemple ne pas pouvoir prendre de décision du fait de son statut d'interne, ce qui inclut de fait de nouveaux professionnels au sein de la relation médicale.

Une gynécologue-obstétricienne (E7) nous explique l'introduction d'une consultation psychologique dans son établissement au sein du processus de contraception définitive pour des femmes « *jeunes* ». Il s'agit pour elle d'un moment bénéfique pour la patiente, moment qui lui permet d'échanger avec d'autres professionnels n'appartenant pas au « *corps médical strict* ». Un médecin généraliste (E4) dit explicitement ne pas apprécier l'instauration de consultations psychologiques par certains praticiens et ne pas y voir de pertinence car ça n'est pas inscrit dans le « *cadre légal* ». Une interne (E5) considère, elle, qu'une des difficultés dans la prise de décision d'une contraception définitive réside dans l'évaluation de l'état psychologique de la patiente. On peut donc se demander comment serait perçue l'introduction d'une consultation psychologique par cette interne étant donné la difficulté exprimée.

Pour ce qui est des autres tiers, une gynécologue-obstétricienne (E2) nous a dit avoir déjà eu des autorités religieuses qui accompagnaient les patientes dans leur choix contraceptif. Cette mention religieuse est reprise par une autre gynécologue-obstétricienne (E7) mais cette fois davantage dans la prise de décision du côté médical sans préciser ce qu'elle entendait.

On remarque différentes conceptions vis-à-vis de la capacité à décider des patientes. En effet, une gynécologue-obstétricienne (E2) nous explique que ses patientes sont entièrement capables de répondre à une question concernant leur santé ainsi que de comprendre les implications de l'irréversibilité d'une contraception définitive et cela quel que soit leur conjoint. Elle explique d'abord examiner la demande des patientes et seulement en cas de contre-indications amener d'autres alternatives. Elle appuie cette pratique sur la transposition fictive d'une situation dans laquelle elle ne serait pas médecin et où on lui imposerait quelque chose alors qu'il n'y aurait pas d'objection médicale à sa demande. A propos de cette expérience de pensée, elle dit :

« on ne voudrait pas avoir ce genre d'expérience quand on n'est, quand on n'est pas médecin, quand on est en face du médecin. »

Deux médecins généralistes (E3, E4) rejoignent cet avis, à savoir celui d'une priorité donnée à la décision de la patiente sur celle du médecin. Cela est également étayé par le discours d'une maïeuticienne (E10) qui explique que *« a priori on ne devrait pas aller à l'encontre du choix de la patiente »*.

Une interne (E9), elle, voit certaines demandes comme précipitées par un événement et susceptibles de varier d'un moment à l'autre et ce notamment selon le statut conjugal de la patiente ou selon la temporalité de la décision (per- ou post-grossesse notamment). Ainsi, pour elle, le délai de réflexion permettrait d'éviter une prise de décision trop hâtive. Par ailleurs, elle précise que selon elle c'est à la patiente de vivre avec les suites de sa décision, à savoir entre autres son irréversibilité, d'où la nécessité d'une bonne compréhension des enjeux par la patiente :

« c'est pas après de se dire « au pire si je change d'avis plus tard, je ferai une FIV quoi » (...) Faut bien leur faire comprendre que c'est pas vraiment comme ça que ça marche quoi (rires) »

Une interne (E5) exprime elle aussi l'importance de faire prendre conscience à la patiente des implications de ce choix contraceptif. Elle utilise le terme de *« décharge »*, un terme qui renvoie à une relation contractuelle dans laquelle une *« décharge »* décharge justement une partie de responsabilité. Ainsi, on peut se demander si cette mention d'absence de *« décharge »* par l'interne est exprimée comme une chose manquante ou si au contraire elle souhaite véhiculer l'idée que la relation médicale n'est justement pas une relation contractuelle mais une relation tenue par d'autres éléments que ceux d'un contrat. Cette responsabilité de la patiente dans les suites de la décision, on la retrouve dans le discours d'une gynécologue-obstétricienne (E7) pour qui l'information et donc l'éclairage vis-à-vis d'un choix amène à en assumer les conséquences :

« En fait, mon but n'est pas de choisir pour elles, mon but c'est qu'elles n'ont pas de regret sur ce qu'elles sont en train de faire (...) Mais c'est de la même manière en gros que la patiente qui ne veut prendre aucune contraception, moi ça ne me pose aucun problème si elle fait pas d'IVG, en fait. »

Un gynécologue (E8) emploie le terme de *« négociation »* quant à la prise de décision, un terme qui renvoie à celui d'un échange et donc d'une chose partagée entre deux parties / individus. Les

positionnements dans la prise de décision précédemment décrits différent de celui qu'a pu percevoir un médecin (E4) pendant sa formation. Au cours de sa formation, la prise de décision en termes de stérilisation revenait entièrement au médecin (« *une décision unilatérale médicale posée* »). Enfin, deux soignantes soulèvent leur difficulté à évaluer la capacité ou non des patientes à prendre leur décision et ce notamment lors des propositions per-grossesse (mention par une interne, E5) ou dans des contextes sociaux jugés complexes (mention par une gynécologue, E1).

Nous n'avons pas directement questionné les soignants sur leur connaissance des motivations des patientes de s'orienter vers ce choix contraceptif. Toutefois à travers les entretiens, plusieurs d'entre eux nous ont livré des éléments de réponse. Un gynécologue-obstétricien (E8) nous a répondu à la question sur l'information délivrée à la patiente d'abord devoir « *savoir qui elle est (...) comment elle vit, combien elle a d'enfants* ». On peut y voir une attention particulière donnée au mode de vie des patientes. De même, une gynécologue-obstétricienne (E1) nous explique retracer le parcours médical et contraceptif des patientes avant de les questionner sur ce qui les amène à formuler cette demande. Une gynécologue (E2) nous parle même de suivi du « *parcours de vie* » pour ses patientes habituelles ce qui semble comprendre une vision de la patiente plus largement que dans une vision uniquement médicale. Un médecin généraliste (E4) décrit le contexte des demandes réalisées par des femmes jeunes et sans enfants :

« euh alors en fait, oui et non, alors très souvent le discours c'est de dire : en fait, je ne me suis jamais, depuis toute petite je me dis que je n'en veux pas, elles disent : pour moi c'est une évidence , ça l'a toujours été de me dire que je ne voulais pas d'enfants (...) le profil c'est vraiment euh des femmes dont c'est pas le projet de vie en fait tout simplement et qui se sont construites dès la puberté dès très jeunes, dès que ça a été un questionnement en tout cas, comme une décision ferme de se dire qu'elle n'en avaient pas envie (...) c'est vrai que si on sait qu'on ne veut pas avoir d'enfant, qu'on nous prive de la solution qui nous y donne accès , qu'on nous expose du coup à des grossesses non désirées, des IVG, une contraception avec plein d'effets indésirables qu'on doit prendre pendant 20 ans alors que de toute façon on sait qu'on n'en veut pas, bah c'est c'est, le ressenti des femmes, en tout cas ce qu'elles me rapportent en consultation c'est que c'est très insupportable. »

Dans ce témoignage, on retrouve plusieurs éléments redondants des témoignages de femmes à savoir le non-désir de longue date de maternité pour les femmes nulligestes qui formulent cette demande, la charge de contraceptions mal tolérées, la crainte d'avoir à recourir à une IVG et le sentiment de privation d'une méthode contraceptive qui répondrait le mieux à leurs attentes.

Cette retranscription assez fidèle des récits de femmes se retrouve également dans le témoignage d'une interne (E6), où on y retrouve également des éléments exprimés par les patientes tels que : la charge contraceptive, la volonté d'une contraception définitive, la discussion de la stérilisation avec le conjoint. A cela, l'interne ajoute que ses patientes n'« *expliquent pas toujours un chemin de vie incroyable parfois derrière* ». Dans son récit, elle cite la discussion avec le conjoint qui est un élément moins fréquemment retrouvé dans les témoignages. En effet, plusieurs femmes la mentionnent sans pour autant en faire un élément décisionnel. Or, on ne sait pas quelle en est la valeur ici dans le récit de l'interne. Une gynécologue-obstétricienne (E7) avoue ne pas savoir d'où leur est venue l'information (tout comme une interne) mais soulève le désir exprimé par ses patientes d'une méthode « *radicale* », élément également retrouvé dans plusieurs témoignages de femmes. Enfin, un médecin généraliste (E3) nous explique que la connaissance de l'expérience de ses patientes vis-à-vis de la contraception guide ses choix étant donné qu'elle souhaite inscrire sa pratique dans une visée d'« *éducation populaire* » comme le fait le planning familial. Elle explique l'« *éducation populaire* » comme étant le fait que « *la connaissance vient aussi des patientes* ».

Deux soignantes (E3, E9) expriment avoir perçu chez leurs patientes qui émettaient une demande de contraception définitive, une démarche de justification vis-à-vis du personnel médical. Cela fait écho aux témoignages de femmes que nous avons pu récolter. Une des femmes (S7) avait même été étonnée qu'un professionnel ne lui demande pas plus de détails quant à ses motivations. Deux médecins généralistes (E3, E4) précisent le caractère des relations à leurs patientes au regard des expériences que celles-ci ont pu avoir ou pourraient avoir au cours de leur parcours de soin. Une des deux (E3) explique que les patientes « *vont être honnêtes* » avec elle car cette médecin n'est pas la décisionnaire. Elles n'auraient « *pas besoin de (la) convaincre* ». L'autre médecin généraliste (E4) explique qu'elle rencontre des patientes « *qui se font récuser partout* ».

Les conditions d'accueil et de consultation sont un élément dont nous ont fait part plusieurs soignants. L'une d'entre elles (E4) nous explique l'attention accordée à l'accueil des patientes dans son lieu d'exercice. Il s'agit d'un accueil plus élargi qu'uniquement celui du médecin et comprenant aussi celui des secrétaires par exemple. Une interne (E6), elle, nous dit en revanche recevoir actuellement une grande partie des patientes dans le cadre de l'urgence, contexte qu'elle ne trouve pas propice pour échanger comme elle le souhaiterait sur la contraception définitive. Enfin, deux médecins généralistes (E3, E4) exposent une autre forme d'accueil des patientes à savoir l'accueil collectif au planning familial. Cependant, avec un même accueil collectif, l'une (E4) explique avoir pris l'« *habitude* »

de présenter tous les moyens » tandis que l'autre (E3) explique que le format ne permet pas de présenter toutes les méthodes contraceptives étant donné que l'accent est porté sur celles suscitant l'intérêt des patientes. De même, elle (E3) explique qu'il est parfois difficile de *poser la question dans le groupe du désir d'enfants* ». Ainsi, elle dit que « *la liste exhaustive des différentes méthodes* » n'est pas réalisable de manière systématique et que la stérilisation pourrait être davantage évoquée avec les patientes au planning. Pour un même type d'accueil et d'information des patientes, on constate des ressentis différents vis-à-vis de la place occupée par la contraception définitive et plus généralement sur l'information contraceptive.

3.2.4 Suivi post-stérilisation

Nous avons questionné les professionnels sur le suivi post-stérilisation des femmes (cette investigation ne s'est pas faite de manière systématique, en effet, elle venait répondre aux propos des professionnels et arrivait souvent en fin d'entretien lorsque le temps du praticien le permettait).

Concernant le suivi post-stérilisation, trois professionnels nous ont évoqué la consultation post-opératoire suite à la stérilisation. Quatre soignantes nous ont fait part du suivi habituel gynécologique après la stérilisation, le récit ci-joint (E5) en témoigne :

« Ça n'empêche pas de faire des frottis, de regarder la vulve, le vagin, le col, les seins voilà. C'est pas parce qu'une patiente a une contraception définitive, qu'elle nous intéresse, qu'elle a plus besoin de venir en consultation gynéco, bien au contraire. »

Aucun professionnel n'a mentionné une quelconque perte de vue des patientes stérilisées dans leur suivi gynécologique. Cette intervention ponctuelle contraceptive ne semble donc pas modifier le suivi ultérieur. Ceci est étayé par les discours de trois soignantes (une médecin généraliste, une gynécologue-obstétricienne et une maïeuticienne) dans lesquels on perçoit que cette absence de suivi particulier participe à une non-distinction des patientes stérilisées. La maïeuticienne (E10) explique la reprise d'un suivi « *gynécologique classique comme n'importe quelle autre femme* ». La médecin généraliste (E3) explique qu'après l'opération, les patientes « *sont bien, c'est réglé on n'en parle plus* ». La gynécologue (E7) qui explique la reprise d'un suivi sans distinction par rapport à d'autres femmes nuance son propos. Pour elle, un éventuel retentissement psychologique serait le seul objet de suivi possiblement pertinent. Enfin, plusieurs médecins disent ne pas réaliser le suivi ultérieur des patientes à titre personnel étant donné qu'ils se situent dans une chaîne de réseau de

soin où ils sont souvent consultés pour réaliser l'adressage (le cas d'une médecin généraliste, E4) ou alors sont eux-mêmes sujets de l'adressage étant chirurgien.

3.3 Contraception définitive : les positionnements des soignants

3.3.1 Interprétation de la loi

A travers le discours des professionnels, nous avons pu identifier pour certains leur conception de la loi. Parmi les dix soignants interrogés, cinq ont spontanément et explicitement livré une conception de la loi comme guide décisionnel en considérant qu'il n'y avait pas théoriquement besoin pour les professionnels de santé d'y ajouter de critères individuels dépendants de la situation de la patiente. En effet, deux médecins généralistes (E3, E4) évoquent le respect de la loi lorsque l'éligibilité à la stérilisation se fait sans s'appuyer sur des critères personnels de la patiente :

*« Après ici, aux B***, j'ai deux collègues qui les font dans le respect de la loi c'est-à-dire sans demander ni de critère d'âge ni de critère de gestité ou de parité » (E4)*

« ce qui manque en tout cas pour moi dans la pratique c'est de savoir justement qui euh se colle réellement à la loi et accepte de le faire sans limites d'âge. Quels chirurgiens, je sais pas trop. » (E3)

Une gynécologue-obstétricienne (E2) explique que l'ajout de critères en compléments de la loi est réalisé aussi bien par les urologues que par les gynécologues. Un gynécologue-obstétricien (E8) évoque la loi dans la réponse qu'il formule aux demandes de contraception définitive des patientes et dit insister auprès des patientes sur le fait que la loi ne porte aucun critère d'éligibilité si ce n'est la majorité et la pleine possession de ses moyens décisionnels. Cependant au sein de son témoignage, ce gynécologue-obstétricien nous a expliqué avoir déjà refusé d'accéder à des stérilisations chez des femmes entrant théoriquement dans le cadre de la loi et ce par exemple lorsque celles-ci n'avaient pas forcément exploité suffisamment, selon lui, les méthodes contraceptives réversibles. On peut donc voir un usage du cadre légal comme outil décisionnel de manière consciente auquel se surajoutent des points d'intérêts particuliers de ce professionnel dans la situation de sa patiente.

Une médecin généraliste (E4) nous explique que, pour elle, la présence d'une loi et son respect devrait permettre aux chirurgiens d'accéder aux demandes respectant le cadre légal. Elle nous fait part de son incompréhension vis-à-vis de l'appréhension de certains de ses confrères d'accéder à cette

demande. En effet, pour elle le cadre légal devrait participer à la protection juridique du médecin et ainsi valoriser la prise de décision par la patiente plutôt que par le médecin. A travers son propos, on reconnaît certains propos de femmes qui conçoivent le cadre légal comme l'apport d'un « droit » qu'elles n'arrivent pas à mettre en application pour certaines. On note que l'argument légal de motivation d'un refus n'a, par ailleurs, été cité par aucun des gynécologues interrogés.

Dans la loi il est écrit qu' « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation »(1). Cette clause accordant au médecin la possibilité de refuser de pratiquer ce geste n'est pas évoquée explicitement en dehors du témoignage d'une médecin généraliste (E4) qui exprimait son incompréhension et de ce témoignage qui suit (E8) :

« la loi laisse toujours le choix au médecin de dire je fais ou je fais pas (...) On n'a pas une obligation non plus de la faire, je connais, y a un nombre de gynéco qui ne veulent pas le faire. Et même à 45 ans, qui ne veulent pas le faire parce qu'ils estiment que c'est une intervention qui va délabrer le physique de la patiente (...) C'est un choix. C'est un choix qu'ils ont fait eux dans leur travail. Mais je critique en rien » (E8)

Dans ce témoignage, ce gynécologue-obstétricien (E8) expose donc un point de vue différent de celui exposé précédemment par la médecin généraliste (E4) . Il met en exergue la présence au sein du texte de la possibilité de refuser au même titre que celui de réaliser cette intervention. On voit dans la compréhension du texte que les soignants interrogés n'accordent pas la même valeur aux différents passages du texte de loi. Si on peut percevoir dans ce témoignage et dans le récit d'autres soignants de manière indirecte l'exercice et la considération du droit de refuser de réaliser des ligatures tubaires, une interne (E6) questionne quant à l'usage de la clause de conscience et son effet sur l'accès à cette contraception. Elle présente ce questionnement en racontant le cas d'une patiente qui l'avait marquée. Cette patiente avait eu une « hystérectomie voie basse » à 24 ans et consultait pour des complications en avançant une endométriose ayant poussé à cette intervention. En fait, la patiente avait eu recours à cette intervention car elle ne désirait pas d'enfants :

« c'est qu'elle avait pas de désir de grossesse et qu'en fait y a des noms qui se passaient sous le manteau pour aller se faire faire une hystérectomie par un mec pour pas avoir d'enfants (...) Là je me dis : ah ouais y a quand même un vrai problème, euh de effectivement comment répondre à cette demande là et en même temps ne pas les, leur faire prendre des risques

inconsidérés parce que l'ignorer c'est souvent les laisser entre les mains de gens qui sont prêts à leur faire des hystérectomies voie basse sauvages » (E6)

Neuf soignants sur dix ont évoqué le délai légal de réflexion au cours de leur entretien (la trame d'entretien ne comprenait pas de question dessus), la soignante (E1) ne l'ayant pas explicitement fait à évoqué le « *cadre légal* » et nous n'avons pas questionné davantage sur son contenu. On peut donc supposer une connaissance assez étendue de la présence du délai de réflexion chez les soignants avec lesquels nous avons pu échanger. Aucun d'entre eux n'a émis d'objection vis-à-vis de celui-ci. Une interne (E9) a même dit le trouver « *nécessaire* ». En racontant le déroulement d'un processus de contraception définitive, une gynécologue-obstétricienne (E2) insiste sur le respect du délai de réflexion. Ce respect du délai de réflexion et du cadre légal est également évoqué par un médecin généraliste (E4) travaillant dans l'établissement de chirurgiennes qui accèdent à des demandes de stérilisation venant des femmes :

« donc deux des chirurgiens d'ici ont dit que elles acceptaient sans réserve de les faire si, bien sûr avec le respect du délai de réflexion et en s'assurant que la patiente était, connaissait bien la non-réversibilité » (E4)

Parmi les dix soignants interrogés, deux étaient diplômés avant la loi et ont également pratiqué des stérilisations à visée contraceptive avant sa légalisation. L'un d'entre eux (E8) explique que des ligatures se faisaient, qu'il « *y avait même des laboratoires qui créaient des matériaux* » et que « *les caisses de sécurité sociale remboursaient l'intervention* » alors que c'était illégal. Il fait part d'une organisation quasi-institutionnelle d'un acte pourtant illégal avant 2001. Par ailleurs, il explique les modalités d'exercice établies :

« nous avant on avait été tout un cercle de gynécologues à faire notre propre loi, c'est un grand mot hein quand je dis ça, au moins pour le fait de dire « on ne fait pas n'importe quoi à n'importe qui » et puis surtout que les anesthésistes acceptent d'endormir ces patientes parce que pour nous c'était un grand problème ça (...) Chez nous non parce qu'on avait fait un protocole de prise en charge des patientes (...) de manière à dire : vous voyez on ne fait pas n'importe quoi, on a scoré nos patientes et à partir du moment où y avait un certain nombre de pathologies et un certain nombre d'enfants, on acceptait nous la ligature et ce score faisait accepter la plupart du temps l'anesthésiste qui travaillait donc pour faire l'intervention (...) moi j'avais participé à l'époque à la création de ce score, mais c'était pas une réflexion loco-locale, c'était une réflexion on va dire du syndicat des gynécologues. » (E8)

Ce gynécologue se félicite de la légalisation de la stérilisation, car cela apporte une garantie en termes de responsabilité. Cependant, il souligne que la pratique post-légalisation à savoir sans critère spécifié par la loi certes encadre la pratique mais la laisse davantage à l'appréciation du praticien puisqu'avant la loi, l'éligibilité à la stérilisation se faisait (là où il exerçait) selon des critères standardisés établis de manière collégiale.

3.3.2 Critères d'éligibilité

Deux questions de la trame d'entretien ont participé à mettre en lumière les critères et éléments qui prenaient part dans la prise de décision et dans la réponse à une demande de stérilisation des soignants :

- *Qu'est-ce qui aiguille(ra)it votre réponse à une demande ?*
- *Vous est-il arrivé de refuser une demande de stérilisation volontaire ?*

Comme nous le verrons plus tard, l'âge de la patiente est un élément pris en compte dans la proposition et l'évocation de la contraception définitive par les médecins avec leurs patientes. Il est également mentionné de manière redondante par plusieurs soignants comme un élément qui oriente leur réponse à la demande d'une patiente. Une interne en gynécologie-obstétrique (E9) nous dit par exemple que « *c'est surtout l'âge* » qui guiderait sa décision et que « *si c'est un âge trop jeune* » elle n'accepterait pas, en fixant le seuil à 35 ans. Cette interne n'explicite pas les raisons de ce seuil. Il nous a semblé intéressant de le mettre en perspective avec celui suggéré par un médecin généraliste (E3) dans le cadre de la proposition d'une contraception définitive à ses patientes. En effet, ce médecin généraliste dit qu'elle ne propose pas cette contraception aux femmes de moins de 35 ans car elle pense que ces patientes seraient mises en difficultés pour trouver un chirurgien. Ainsi, les propos précédents de l'interne semblent converger vers l'impression de ce médecin généraliste.

Pour ce qui est de la réponse à une demande, un autre médecin généraliste (E4) nous dit avoir entendu de ses confrères un âge « *jeune* » comme critère de non-éligibilité à la stérilisation, idée qui selon elle serait répandue dans la profession gynécologique. Une maïeuticienne (E10) nous explique, elle, avoir eu des patientes s'étant vues refuser une stérilisation « *quand elles étaient plus jeunes (...)* en raison de leur âge ». Une interne (E9) nous dit n'avoir jamais assisté à un refus mais avoir entendu ses collègues « *séniors* » le faire sur un critère d'âge. Cela est étayé par le récit d'une autre interne (E5) qui mentionne spontanément et premièrement uniquement l'âge comme ayant été un élément de refus de la part du corps médical.

Inversement, une seule soignante (une gynécologue-obstétricienne E2) mentionne l'âge tardif comme l'ayant menée à formuler une réponse négative à une demande (seul refus de sa carrière). Cette demande émanait d'une femme de 49 ans. Du fait de l'âge de la patiente, cette médecin explique avoir refusé en considérant une balance bénéfice-risque défavorable :

« ça n'avait plus aucun intérêt de prendre un risque opératoire alors que le risque de grossesse était extrêmement minime et qu'on pouvait le maîtriser sur un temps très court » (E2)

D'autre part, les entretiens mettent en exergue la combinaison d'éléments dans la réponse formulée par le médecin. L'approche holistique des demandes de patientes se retrouve dans le récit d'une gynécologue (E1) qui dit étudier « *la demande de manière générale* ». Cela est également repris par une gynécologue-obstétricienne (E7) qui dit que « *l'âge n'est pas qu'une donnée, c'est le dossier de la patiente qui compte donc tout dépend des histoires de chacune, on peut pas statuer juste sur un dossier juste sur des faits* ». Elle explique « *module(r) (...) selon les histoires de vie.* »

La combinaison de l'âge et de la parité est perceptible dans le propos d'une interne (E6) qui explique ne pas proposer cette contraception aux « *nulligestes jeunes* » car elle sait que ça n'est pas « *jouable* » pour trouver un chirurgien. On retrouvera cette association âge-parité dans la présentation ou non par le médecin d'une contraception définitive. De même, l'interne (E5) qui n'avait mentionné spontanément que l'âge dans les causes de refus rencontrées ou comme déclencheur des concertations professionnelles ajoute la parité et les antécédents obstétricaux lorsqu'on lui demande les éléments qui aiguillent la réponse à une demande. Une autre interne (E9) vient étayer la place accordée à la parité au sein des critères d'éligibilité à cette méthode contraceptive :

« ah oui ce que j'ai oublié de vous dire aussi c'est le nombre d'enfant ! Ça change un petit peu on va dire, c'est moins difficile de lui refuser une contraception définitive qu'une dame du même âge qui n'a pas d'enfant. »

Les antécédents semblent influencer la réponse du praticien. Une interne (E5) mentionne les césariennes comme critère de réponse favorable à la demande d'une patiente. Une gynécologue évoque les antécédents à la fois médicaux mais également en termes d'expérience contraceptive (E1). Elle ne précise toutefois pas dans quel sens ces éléments orientent sa réponse. Cependant, si on recoupe avec les éléments qui l'amènent à présenter cette méthode contraceptive aux patientes parmi lesquels les antécédents obstétricaux « *lourds* », on peut concevoir que ceux-ci participent à une

réponse favorable à la demande. De même, plus l'expérience en matière de contraception de la patiente est étendue, plus cela incite cette gynécologue à proposer cette méthode (et donc sans doute également à accepter des demandes des patientes). Cela rejoint le propos d'un gynécologue (E8) qui explique avoir refusé des demandes lorsqu'il a estimé que l'expérience contraceptive était insuffisante.

On a pu voir que les antécédents obstétricaux « *lourds* » orientaient les médecins vers l'acceptation d'une demande de stérilisation, voire-même une proposition de cette méthode à leurs patientes. Outre cette tendance, une gynécologue (E1) expose un cas dans lequel une pathologie existante n'oriente pas - pour elle - vers une acceptation de la demande : l'endométriose. Elle explique qu'elle voit « *difficilement l'intérêt de faire une stérilisation à quelqu'un qui doit continuer de prendre une contraception hormonale derrière en fait.* »

Un gynécologue (E8) nous mentionne plusieurs critères standardisés qu'ils avaient établis dans un but de « *scorer* » les patientes avant 2001 :

- L'âge
- Le nombre d'enfants
- Le nombre de fausses couches
- Le nombre d'IVG,
- Les contraceptions essayées
- Les « *problèmes (...) avec telle ou telle contraception* »,
- Les pathologies de la patiente
- Les traitements de la patiente

On retrouve six éléments dans cette liste évoqués explicitement par les soignants comme partie prenante dans leur décision (âge, nombre d'enfants, essais contraceptifs, tolérance et contre-indications aux méthodes contraceptives, pathologies des patientes, traitement de la patiente). Quant à ces critères établis avant 2001, ce gynécologue (E8) nous dit :

« on se posait beaucoup plus de questions par rapport à cette patiente, on jugeait très probablement plus son histoire et l'évolution de cette histoire à venir que maintenant, maintenant c'est un choix ». (E8)

La notion de jugement semble de prime abord en décalage avec l'exercice du médecin. Par cette formulation, la suppression de critères standardisés dans le but de « *scorer* » semble être gage d'un

exercice moins moralisateur. Aucun des autres soignants mentionne un score dans la prise de décision et ce gynécologue dit maintenant n'avoir « *aucun* » élément qui l'aiguille autres que ceux de la loi. Les éléments aiguillant la prise de décision des personnes interrogées dans nos entretiens semblent tous mentionnés à titre personnel. Aucun soignant n'évoque de directives extérieures ou collégiales dans la prise de décision.

3.3.3 Réticences des soignants

Nous avons pu mettre en lumière - à travers les récits - les réticences des soignants à accéder à certaines demandes. Ainsi, il nous a semblé intéressant de nous intéresser à la manière pour les soignants de manifester cette réticence. Parmi les quatre gynécologues-obstétriciens interrogés (donc ayant un pouvoir décisionnel d'accéder ou non à cette pratique), trois (E1, E2, E8) ont dit explicitement avoir déjà refusé des demandes. La quatrième (E7) évoque de la « *réticence* ». Un des gynécologues explique pour certaines demandes qu'on trouve le choix « *raisonnable ou pas* » (E8), ce qui conduit à des « *négociations* » (E8) avec la patiente. Nous n'avons pas eu accès aux modalités de ces « *négociations* » et ignorons donc si le praticien s'y accorde un droit de refus. Parmi ceux ayant déjà refusé, l'une d'entre elles (E2) précise n'avoir refusé qu'une fois au cours de sa carrière d'une quarantaine d'année. Pour les autres, nous n'avons pas eu de fréquence même si une gynécologue (E1) précise qu'elle refusait davantage au début de son exercice (« *ça m'est déjà arrivé, quand j'étais un peu plus jeune. Là récemment pas trop* »), ce qui nous permet de percevoir un changement de fréquence.

Les trois internes en gynécologie-obstétrique ont toutes été confrontées à des cas de refus du corps médical. Une de ces internes (E6) a même rencontré la réticence de pratiquer cet acte à titre personnel puisqu'elle souhaiterait se faire stériliser (« *j'avais discuté avec un de mes chefs et lui il était prêt à me faire signer les papiers mais derrière euh il allait pas me le faire* »).

Il nous a semblé intéressant de noter les réticences d'une médecin (E7) quant à la dénomination de la stérilisation à visée contraceptive :

« J'aime mieux utiliser le terme de contraception définitive que de stérilisation parce qu'on rend pas les gens stériles en fait »

Cette remarque est difficile d'interprétation étant donné que le but de l'intervention est bien la stérilisation de la patiente. Ainsi, le choix de parler de « *contraception définitive* » plutôt que de

« *stérilisation* » pourrait résider dans la volonté d'y indiquer la visée contraceptive. Ça pourrait aussi traduire la volonté de se distancer du terme *stérilisation* qui est attaché historiquement à des mouvements eugéniques.

Nous nous sommes intéressés aux suites des refus. Une gynécologue (E1) mentionne la mise en place d' « *une contraception la plus fiable possible* » suite à un refus du corps médical d'accéder à une demande (notamment chez les femmes ayant un handicap mental). La gynécologue (E2) ayant refusé une seule demande estimant la femme trop âgée a dit que ce refus se justifiait car le risque de grossesse pouvait se « *maîtriser sur un temps très court* ». Cependant, nous ne savons pas quelles ont été les options contraceptives proposées ou mises en place auprès de cette patiente suite au refus. Cela est également un point qui n'a pas émergé des autres entretiens. Pour rappel, nous avons noté dans notre revue que de nombreuses femmes se tournent vers la stérilisation du fait d'une intolérance à d'autres méthodes contraceptives. On note qu'aucun gynécologue n'a dit rediriger (suite à leur refus) les patientes vers un confrère susceptible d'accéder à la demande.

Le caractère irréversible est cité par les soignants dans la prise de décision et notamment dans ce qui peut ralentir leur acceptation d'une prise en charge, voire même en être une cause de refus. En effet, une gynécologue (E1) explique qu'au « *moindre doute* » quant à la compréhension de l'irréversibilité par la patiente elle diffère la décision. On peut donc voir dans cette démarche non pas un refus mais davantage une prise de recul du soignant, prise de recul accordée par la-même aussi à la patiente. Une autre gynécologue (E2) explique également avoir repoussé des prises de décision. Cependant, pour elle il s'agissait davantage de différer la prise de décision de la patiente que la sienne. Elle sous-entend que c'est à la patiente d'émettre éventuellement des réticences plutôt qu'au soignant.

On peut voir que l'irréversibilité de la stérilisation motive certains refus. En effet, une interne (E9) nous explique qu'elle ne pourrait pas stériliser des femmes en dessous de 35 ans car elle sait qu'il y a des cas de changement d'avis et donc des recours à des PMA post-stérilisation. Elle dit ne pas pouvoir le faire et ajoute qu'il faudrait bien expliquer aux patientes que la « *solution si jamais elles se font opérer c'est pas après de se dire : au pire si je change d'avis plus tard, je ferai une FIV quoi* ». On ne sait pas s'il s'agit d'un refus catégorique de réaliser l'acte en dessous de cet âge ou si une information délivrée comme celle suggérée pourrait y pallier. Une gynécologue (E7) explique également sa réticence face à certaines demandes, notamment chez les patientes « *très jeunes* », du

fait de sa confrontation avec des cas de PMA post-stérilisation. Un gynécologue (E8) explique son refus de stériliser une femme de 25 ans par le caractère définitif de la procédure.

Pour une interne (E6), l'appréhension d'un éventuel parcours complexe de PMA post-stérilisation participerait aux réticences et rendrait les praticiens « *frileux* ». Elle illustre cette position en évoquant son cas personnel dans sa démarche d'accéder à une stérilisation. Elle explique que le praticien en question voulait bien lui faire signer les papiers mais pas procéder ensuite à l'intervention. Dans ce cas, semble émerger une attitude d'accompagnement par le soignant dans la demande sans pour autant accepter de pratiquer le geste.

Un questionnement est évoqué de manière singulière par une interne (E5) qui se réfère elle aussi aux cas de désir de grossesse post-stérilisation. En effet, elle cite la préoccupation du « *coût pour la société* » des changements d'avis et des parcours de PMA post-stérilisation.

A travers les témoignages, nous avons pu percevoir des réticences émises ; nous avons souhaité explorer si elles étaient exprimées à titre personnel ou professionnel. Comme nous l'avons vu précédemment et comme nous le verrons, plusieurs refus et réticences sont motivés par la rencontre dans le cadre professionnel avec des patientes ayant recours à un parcours de PMA post-stérilisation. Dans nos entretiens, une médecin (E1) combine son âge personnel et son exercice professionnel dans sa prise de décision. Elle explique avoir refusé davantage de demandes en étant plus jeune au début de son exercice. On peut voir – dans son cas - à la fois la combinaison de facteurs personnels (âge du praticien) avec ceux professionnels (« *maturité* » de l'exercice pour reprendre ses termes).

Une médecin généraliste (E4) explique que certains collègues justifient leur refus en disant : « *nan mais elle est hyper jeune, je me sens pas* ». Cette formulation semble refléter un malaise mixte (personnel et professionnel) dans une situation donnée. Or, cette médecin exprime son incompréhension d'introduire ce type de réserve dans le cadre de l'exercice médical :

« je suis toujours euh étonnée de ce que je peux entendre (...) Nous on est qu'un, finalement qu'un opérateur, qu'un technicien qui se doit de l'informer évidemment de façon éclairée mais après si elle nous demande de faire quelque chose on le fait et puis c'est tout » (E4)

3.3.4 Désir de grossesse post-stérilisation

Nous avons évoqué avec huit praticiens sur dix la question du désir de grossesse post-stérilisation. Les fréquences de rencontres de patientes dans cette situation varient d'un praticien à l'autre. Une gynécologue obstétricienne (E7) explique qu'il s'agit d'une situation « *très fréquente* » et suggère qu'il s'agit d'une des raisons des réticences de manière collective dans la profession à stériliser des « *patientes très jeunes* ».

Cette fréquence élevée contraste avec l'expérience relatée d'une autre gynécologue-obstétricienne (E2) qui a pratiqué pendant près « *une quarantaine d'années* » et qui raconte n'avoir rencontré que deux patientes exprimant un désir de grossesse post-stérilisation. La maïeuticienne (E10) explique avoir rencontré une seule patiente ayant une grossesse résultant d'une FIV post-ligature depuis le début de son exercice (en 2007). Les deux médecins généralistes rencontrées (E3, E4) disent ne pas avoir rencontré de patientes ayant exprimé ce souhait. L'une d'entre elle (E3) interprète cette absence de « *regret* » (terme employé par la médecin) par la durée de son exercice et par son changement de ville qui l'a amenée également à changer de patientèle. Elle juge son exercice (six ans dans une ville et six ans dans une autre) trop court pour être confrontée à un éventuel changement d'avis. L'autre médecin généraliste (E4) dit n'avoir jamais vu de changement d'avis suite à des stérilisations réalisées dans le cadre d'une demande de la patiente. Elle mentionne un seul cas actuel dans lequel elle accompagne une patiente vers une PMA, patiente pour laquelle la ligature a été réalisée pendant sa 4ème césarienne sans demande de la patiente mais sur indication médicale. Elle note par ailleurs ne pas suivre beaucoup de patientes suite à leur stérilisation car elle constitue en grande partie du temps une étape ponctuelle d'adressage vers le chirurgien.

Parmi les internes, les trois ont été confrontées à des demandes de PMA post-stérilisation. Deux (E5, E6) l'ont été de manière directe (rencontre de patientes dans cette situation) et une l'a été de manière indirecte (a seulement vu des reperméabilisations sur « *les programmes opératoires* », E9).

Quatre professionnels mettent en exergue la complexité du parcours vers une grossesse post-stérilisation. Ces soignants disent que ça n'est « *pas facile* » car « *tu imposes* » des traitements corporels aux femmes. Une gynécologue parle même d'« *épreuves de vie* » (E7).

Plusieurs soignants explicitent les raisons qu'ils mettent en cause dans un changement d'avis de la patiente. Le changement de conjoint est évoqué par trois soignantes comme cause plausible d'un changement d'avis en se fondant de manière explicite sur leur expérience ou non. La prise de décision per-grossesse est évoquée par deux soignantes comme étant susceptible d'influencer le choix de la patiente vers une stérilisation, choix sur lequel elle pourrait revenir plus tard. Des épreuves de vie

hypothétiques sont évoquées par une interne (E5), à savoir le décès du mari et / ou des enfants. Nous retrouvons également cet élément dans la revue des témoignages de femmes à savoir la mise en situation fictive de tels événements. Il s'agissait d'un élément vécu négativement par les patientes dans leur témoignage et qu'on retrouve dans le discours de cette interne :

« y a derrière des histoires horribles entre guillemets dans la vie qui peuvent arriver et que ben une patiente qui a eu un accident avec son mari et ses enfants, qui a perdu son mari et ses enfants, qui veut se reconstruire derrière, et qui retrouve quelqu'un et qui veut un enfant (...) »
(E5)

A partir des récits de rencontres, ou non, avec des patientes désirant une grossesse post-ligature, ont émergé certains positionnements des praticiens. Les deux médecins généralistes (E3, E4) n'ayant pas rencontré de femmes avec ce désir ainsi que la gynécologue-obstétricienne (E2) n'en ayant rencontré que deux sont celles qui trouvent que la décision de contraception définitive doit revenir à la patiente et non au médecin.

Une interne (E6) nous fait part du fait que ses collègues qui ont rencontré de manière plus fréquente des changements d'avis sont davantage sceptiques quant à un accès sans réserve à cette méthode contraceptive. Par ailleurs, elle explique qu'a priori plus l'exercice d'un praticien est long, plus celui-ci a de chance d'avoir rencontré des désirs de grossesses post-stérilisation. Cela rejoint ce qu'exprimait un médecin généraliste (E3) qui justifiait son absence de rencontres avec des patientes ayant changé d'avis par son exercice qu'elle jugeait trop court pour cela. Toutefois, cette impression diffère du cas d'une gynécologue-obstétricienne (E2) rencontrée et qui a vu deux cas de changement d'avis sur sa carrière d'une quarantaine d'années, ce qu'elle estime « *fort peu* ». L'interne (E6) illustre son propos quant à l'expérience des gynécologues par un échange qu'elle a eu avec une collègue exerçant en PMA et ayant donc rencontré des femmes suivant ce parcours après une ligature tandis qu'elle a davantage été confrontée, à titre personnel, à des femmes réalisant des IVG. Par la mention de cet échange, on peut se demander quelle influence celui-ci a pu avoir sur la pratique de l'interne. Dans son récit, la rencontre *via* un intermédiaire (sa collègue) de cette situation semble faire émerger chez cette interne (E6) des réticences (évocation de méthodes réversibles avec le même indice de Pearl). Cependant, elle dit par la suite que la stérilisation aurait mérite à être diffusée par le confort qu'elle apporte. Ainsi, on peut se demander dans quelle mesure l'influence sur sa pratique future varie en fonction du format pris par la rencontre avec une telle situation (échange avec des collègues ou rencontre avec une patiente).

Dans le témoignage de cette interne (E6), on note la mention de la stérilisation en tant que « *geste qui est absolument irrécupérable* » sans savoir ce qu'elle entend avec. La comparaison réalisée par cette interne de la stérilisation avec d'autres méthodes *via* l'indice de Pearl nous suggère une compréhension d'« *irrécupérable* » en tant qu'« *irréversible* ». En d'autres termes, cette interne (E6) pose la question : La stérilisation à visée contraceptive est-elle pertinente alors qu'il existe des méthodes contraceptives réversibles avec une efficacité comparable ? Réponse qu'elle fournit partiellement : la pertinence s'illustre par le confort que peut offrir cette méthode (argument de cette interne) mais implique une prise de risque d'avoir à recourir à des démarches complexes et qui n'aboutissent potentiellement pas en cas de changement d'avis (point de vue exposé par sa collègue travaillant en PMA).

La gynécologue-obstétricienne (E7) qui nous a dit rencontrer « *très* » fréquemment des changements de décision explique la conception de son rôle dans l'accès à la stérilisation, à savoir un rôle préventif du « *regret* ». Elle dit devoir « *éviter* » aux femmes « *de faire quelque chose qu'elles regretteraient* ». Elle explicite son rôle protecteur à travers l'information sans pour autant expliciter dans quelle mesure s'étend ce rôle protecteur : réside-t-il uniquement dans l'information donnée à la patiente ? Ou bien peut-il se traduire par une redirection, un refus ou une réunion collégiale ? Dans son propos, l'acte d'IVG chez une patiente sans contraception est mis en comparaison avec celui d'une PMA post-stérilisation. Les deux supports de la comparaison sont présentés de manière négative par cette gynécologue puisque tant que cela n'arrive pas, « *ça ne (lui) pose aucun problème* » (E7). Ainsi, on ne sait pas à travers le récit quel problème ce type de situation lui pose. On retrouve un malaise vis-à-vis de cette situation de PMA post-stérilisation également dans le discours de deux internes :

« ça veut dire elles vont directement en FIV et c'est plus le même parcours, c'est plus le même coût pour la société. Euuuuh enfin voilà y a plein de questions éthiques qui se posent là dedans quoi. (...) une patiente (...) qui retrouve quelqu'un et qui veut un enfant, ben c'est difficile de lui dire : « bah non t'as fait une LT, maintenant tu te démerdes et t'adoptes ». Enfin tu vois, c'est pas du tout » (E5)

« pour avoir vu en gros ou entendu plusieurs histoires de (mot inaudible) de PMA, bien leur expliquer que après c'est irréversible et du coup la solution si jamais elles se font opérer c'est pas après de se dire « au pire si je change d'avis plus tard, je ferai une FIV quoi » (...)Faut bien leur faire comprendre que c'est pas vraiment comme ça que ça marche quoi » (E9)

Ce malaise contraste avec le discours d'un médecin généraliste (E3) pour qui le seul éventuel problème d'un changement d'avis concerne l'aspect chirurgical de cette contraception et le fait d'avoir subi une coelioscopie et une anesthésie. Nous nous devons de noter que cette médecin (E3) est la seule au cours de nos entretiens qui a dit donner l'information concernant la PMA post-ligature lors d'une demande.

Au sein de la revue des témoignages de femmes, une partie d'entre elles mentionnait le « *regret* » comme terme employé par les professionnels de santé concernant leur réticences à accéder à leur demande. Ainsi, nous avons délibérément choisi de ne pas employer ce terme dans notre trame d'entretien et de ne l'utiliser uniquement s'il avait été employé par le soignant pour revenir dessus et qu'il puisse s'il le souhaite élaborer sa pensée. Quatre soignants (deux médecins généralistes et deux gynécologues) sur dix ont employé le terme « *regret* » ou ses dérivés, à savoir « *regretter* ». Parmi ceux-ci, trois soignants (E2, E3, E4) l'employaient pour exprimer : une absence de regret, un très faible nombre de patientes l'exprimant ou pour s'opposer à cette notion. Seule une soignante (E7) l'utilisait dans l'acception que nous connaissions de la revue des témoignages de femmes, à savoir un terme employé dans une visée préventive :

"En fait, mon but n'est pas de choisir pour elles, mon but c'est qu'elles n'ont pas de regret sur ce qu'elles sont en train de faire. (...) Donc en gros, moi mon but ça va pas être de juger de ce qui est le mieux pour elle mais ça va être de leur éviter de faire quelque chose qu'elles regretteraient. Donc c'est tout en fait. Et de la même manière je veux pas qu'elles regrettent que si elles font un geste définitif et qu'il y a une complication opératoire quelconque » (E7)

3.4 La contraception définitive : un sujet d'échange

3.4.1 Discussions entre confrères

Dans notre protocole de recherche, une question visait à investiguer les échanges entre confrères sur le sujet de la stérilisation volontaire féminine, afin d'éclairer la forme que ceux-ci pouvaient prendre, dans quelle situation ils pouvaient advenir et ce qui pouvait en ressortir. Une interne et une gynécologue obstétricienne ont explicitement caractérisé la stérilisation volontaire féminine comme un sujet de « *débat* » (E5) et « *polémique* » (E7).

On remarque une diversité dans la fréquence des discussions. Nous avons constaté que la stérilisation était une demande que tout soignant avait rencontrée allant jusqu'à deux demandes par

semaine pour certains praticiens (E7). En revanche, la fréquence des échanges est moins précisément évoquée et amène moins de réponses traduisant une fréquence élevée des échanges en comparaison à celles recensées pour les demandes. En effet, quatre soignants (une médecin généraliste, deux internes et une maïeuticienne) disent à ce sujet « *ça arrive* » ou « *ça peut arriver* ». Parmi ces soignantes, une médecin généraliste (E3) précise : « *on n'en a pas vraiment parlé et puis pas plus que ça* ». Une interne (E9) justifie cette fréquence aléatoire par le fait qu'il ne s'agit pas de « *l'activité principale* » du service. La maïeuticienne (E10) explique cette fréquence sur le fait que la discussion porte sur des cas « *anecdotique(s) (...) quand y a des choses un peu spécifiques* ».

Ces échanges caractérisés par leur caractère non régulier et ponctuel contrastent avec le récit d'une gynécologue-obstétricienne qui échange dessus « *très souvent* » (E7). On remarque que cette fréquence élevée d'échange sur le sujet concerne la praticienne qui rencontrait la demande la plus fréquente de stérilisation. A l'inverse les fréquences d'échanges moins importantes (« *ça arrive* ») concernent entre autres une médecin généraliste dont la demande était aussi inférieure à celle des gynécologues-obstétricien(ne)s et deux internes dont une soulevait la difficulté d'estimer la demande qui était stage-dépendante et l'autre avait essentiellement été du côté bloc opératoire. Il semblerait que la fréquence d'échange soit en relation avec celle des demandes.

Les formes prises par ces échanges varient d'un praticien à l'autre. Trois praticiens (E1, E5, E7) nous ont fait part d'échanges sous forme de réunions collégiales, de staff ou de réunions pluridisciplinaires qui relèvent donc de discussions formelles et officielles. Ce format permet de formuler « *une réponse collégiale* » selon une gynécologue-obstétricienne (E1) et de « *prendre la décision à plusieurs tout simplement* » souligne une autre gynécologue-obstétricienne (E7). A travers leurs témoignages, la décision collégiale n'apparaît pas systématique dans la stérilisation volontaire féminine et reste à l'appréciation du praticien. Ainsi, si la prise de décision en staff est collective, la prise de décision de soumettre le cas d'une patiente à une réunion collégiale est, elle, individuelle et donc également praticien-dépendant. Nous avons prêté attention à la sélection réalisée quant à la présentation des dossiers pour une prise de décision collective. A travers ces trois témoignages (E1, E5, E7), on a pu voir différentes situations qui appellent les professionnels à demander une concertation collective :

- Le jeune âge des patientes
- Les patientes jeunes (âge donné entre 20 et 30 ans dans l'entretien 1) avec des contre-indications à la grossesse
- Patientes avec des déficits intellectuels

- Patientes dont la situation soulève des problématiques sociales

Le jeune âge des patientes est l'élément invariant de direction vers une prise de décision collective dans les trois témoignages. Parmi ces récits, un médecin (E1) fait part d'un critère combiné âge / contre-indication à la grossesse, ce qui n'est pas le cas des deux autres témoignages. Le jeune âge est ici estimé entre 20 et 30 ans pour ce critère combiné avec la contre-indication de grossesse alors que cette même praticienne (E1) estime « *jeune* » à moins de 40 ans lorsqu'il s'agit de proposer cette méthode contraceptive aux femmes. Elle fixe ce seuil de 40 ans en regard de la prise en charge jusqu'à 42 ans en PMA. On note une considération mouvante de la jeunesse en fonction d'autres éléments dans la situation de la patiente et en fonction de la décision à prendre. Ainsi, pour la présentation du dossier en réunion, la jeunesse semble abaissée par les contre-indications. Cela confirme la tendance des antécédents médicaux et obstétricaux à orienter positivement la réponse à une demande de stérilisation.

Pour ce qui est des autres formes d'échanges, cinq soignants nous ont relaté des échanges avec des confrères et consoeurs hors réunion pluridisciplinaire. Un gynécologue-obstétricien (E8) nous a relaté des échanges informels avec des confrères, échanges qu'il considère possibles grâce à un exercice en milieu hospitalier et donc en équipe. La présentation de cette possibilité avec un vocabulaire positif tel que « *l'avantage* » contribue à penser que ce praticien considère ces échanges bénéfiques. Une interne (E6) mentionne un échange récent avec une de ses collègues. Cet échange avait pris la forme d'une rencontre entre deux visions sur la stérilisation volontaire féminine, à deux endroits du processus différents (un côté PMA et l'autre du côté de l'intolérance aux autres méthodes contraceptives). Une autre interne (E5) mentionne des échanges informels sans pour autant en faire un sujet singulier en considérant qu'il existe de nombreuses décisions difficiles à prendre en gynécologie et c'est justement, selon elle, parce qu'il s'agit de décisions complexes qu'elles amènent une discussion. Le fait pour cette interne d'englober ce sujet parmi celui des « *décisions pas faciles à prendre* » et de ne pas marquer sa spécificité, on le retrouve également dans le discours d'une médecin généraliste (E3). Cette dernière (E3) explique que « *c'est juste que c'est un sujet parmi d'autres* ».

On remarque dans deux discours d'internes concernant les échanges avec des collègues des mécanismes de justification :

« *on n'a pas de souci particulier avec ça (...) sinon y a pas du tout de soucis pour en discuter* »
(E9)

« tous les collègues que j'ai eus jusqu'ici pratiquent la, enfin sont ok avec la stérilisation tubaire, la pratiquent, je n'ai jamais été confrontée avec des gens qui étaient complètement bloqués sur cette idée ou pour qui c'était pas faisable. » (E6)

Dans le deuxième récit, on perçoit la trace d'un cadre axiologique partagé entre collègues et qui se transmet dans la formation. En effet, visiblement cette interne a uniquement rencontré des personnes acceptant de pratiquer cet acte et elle se dit elle-même ouverte sur cette pratique étant donné qu'elle souhaiterait se faire stériliser à titre personnel. Ainsi, si elle rattache son ouverture à cette pratique à un vécu personnel, on peut aussi imaginer que celle-ci s'est en partie vue influencée par les rencontres avec des praticiens tous disposés à l'exercer (avec critères plus restrictifs que la loi cependant). On retrouve cette harmonisation des positions vis-à-vis de cette méthode contraceptive dans le discours d'une médecin généraliste (E3) concernant ses échanges avec ses collègues du planning puisqu'elles sont *« toutes d'accord »*. Il en est de même pour son exercice en centre de santé où les praticiens ont *« plutôt aussi la même façon de voir les choses »*.

Cette entente lors d'échange ne s'étend pas à tous les échanges, puisque cette médecin généraliste (E3) évoque notamment des discussions avec d'autres confrères sans pour autant avoir de souvenirs précis de conversation. Elle dit avoir conscience de sa position libérale et ajoute ne pas se formaliser du désaccord. On peut voir dans ses propos l'absence d'envie de convaincre, voire même d'en faire un sujet de débat. Un paradoxe émerge de son discours. En effet, elle pense que c'est une contraception qui mériterait d'être mise en avant auprès des femmes sans pour autant ressentir le besoin d'en parler davantage au sein de la profession médicale. Elle trouve que c'est un sujet difficile et *« touchy »* (pour reprendre son terme) à aborder avec les patientes. On perçoit donc une difficulté à en parler aux patientes malgré un désir d'information et, par ailleurs, l'absence du besoin d'en discuter au sein de la profession alors qu'elle dit connaître la difficulté pour les jeunes femmes à trouver un chirurgien.

Une autre médecin généraliste (E4) nous fait part d'un sentiment de décalage vis-à-vis de confrères avec lesquels elle ne partage pas la même position. L'échange ne semble pas être perçu par cette médecin (E4) comme une réelle interaction dialogique mais davantage comme une exposition de positions. Ça n'est pas le cas en revanche pour un gynécologue-obstétricien (E8) qui y voit l'opportunité d'un regard croisé, d'un dialogue et d'une aide à la décision ainsi qu'un temps pour livrer ses propres *« inquiétudes »* et *« interrogations »*. Ce gynécologue précise qu'il s'agit pour lui d'un moment qui permet de mettre en relation des *« avis contraires »*, ce qui laisse entrevoir sa perception

du sujet comme en étant un de controverse avec une diversité d'opinion au sein des professionnels de santé.

Une interne (E5) explique justement cette diversité de position par différents facteurs : l'histoire, le vécu et les expériences du praticien. Concernant l'expérience, elle considère la durée de pratique et donc d'expérience comme entrant en compte dans la prise de décision en laissant penser que les praticiens avec une plus grande expérience professionnelle ont vu davantage de femmes ayant des désirs de grossesse post-stérilisation (cet élément avait déjà été évoqué par une autre interne (E6)). Selon elle (E5), ils seraient donc moins aptes à accepter une demande. Cette tendance, selon laquelle l'expérience amènerait à moins accéder aux demandes, est plutôt contredite par le discours d'une gynécologue-obstétricienne (E1) qui constate le mouvement inverse au sein de son exercice.

Une gynécologue obstétricienne (E2) a évoqué deux sujets de manière isolée qui ont suscité ses échanges avec des confrères. Tout d'abord, elle a évoqué des échanges lors de l'enquête des autorités de santé concernant les dispositifs Essure. De ces échanges, elle a pu avoir des retours d'expériences de ses confrères et consoeurs en amont de l'enquête. Ces retours ont agi sur son positionnement (elle s'est positionnée en faveur du maintien d'Essure sur le marché en tant qu'« élue au niveau national du planning »). Par ailleurs, elle a également pu échanger avec ses confrères suite à la décision du retrait du marché et relate qu'ils « étaient vraiment extrêmement contrariés de devoir reprendre le risque par coelioscopie qui est plus important que par hystéroscopie ». Cette soignante (E2) a fait émerger lors de la mention des échanges professionnels la vasectomie comme sujet de conversation (sujet croissant d'échanges selon elle). Cela rejoint le propos d'une consœur médecin généraliste (E4) concernant les colloques et l'augmentation observée de la part de parole dédiée à la contraception masculine.

3.4.2 Réseau de soin

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment, nous souhaitons investiguer les enjeux du réseau de soin dans la contraception définitive féminine étant donné les difficultés soulevées par plusieurs femmes dans la revue des témoignages quant à l'accessibilité de cette méthode contraceptive (obstacles géographiques et difficultés à trouver un praticien qui accède à leur demande).

Les quatre gynécologues-obstétriciens nous ont fait part des praticiens rencontrés auparavant par les patientes avant d'arriver dans leur consultation. Parmi ces quatre gynécologues, trois

mentionnent la possibilité d'être le premier recours médical lorsqu'il s'agit de patientes déjà suivies par eux-mêmes auparavant. Par ailleurs, ils identifient plusieurs professionnels de santé à l'origine de la redirection : les médecins traitants et médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues médicaux.

Une gynécologue-obstétricienne (E1) évoque une autre « *porte d'entrée* » sans pour autant pouvoir évaluer le rôle de redirection du corps médical amenant les patientes à formuler cette demande dans ce cadre : il s'agit des demandes post-IVG. Les gynécologues-obstétriciens se perçoivent essentiellement en fin de chaîne du réseau de soin et comme sujet d'une redirection d'un autre membre du personnel médical. Ce ressenti des quatre gynécologues-obstétriciens est étayé par celui d'une interne (E5) en gynécologie-obstétrique qui se ressent elle aussi en bout de chaîne. Seule une interne (E9) qui a assisté à des consultations guidées par des médecins seniors les a perçus comme étant le premier interlocuteur médical de la patiente. Cependant, elle (E9) nuance son propos en disant qu'il lui est déjà arrivé que des patientes abordent le sujet lors de consultations aux urgences et qu'elle les aiguille vers un médecin sénior. Cette interne (E9) précise faire le choix d'une redirection ciblée vers un professionnel (« *lui dire de prendre rdv avec tel médecin senior* »). Ce choix contraste avec les propos d'une autre interne (E6) qui donne la priorité au choix du praticien par la patiente du fait qu'il ne s'agisse pas d'une intervention à réaliser en urgence. Ainsi, se détachent - dans des situations semblables (consultations aux urgences menées par des internes en gynécologie-obstétrique) - des pratiques guidées par des préférences différentes en termes de redirection vers le chirurgien. Voici ce qu'en dit l'interne (E6) privilégiant le choix du praticien par la patiente :

« y a aucune dame que j'ai eu à référer personnellement à une cheffe pour faire une ligature parce que c'est pas un geste à faire en urgence donc elles après elles ont le droit de choisir avec qui elles veulent aller y a pas d'urgence à faire (...) » (E6)

Nous avons pu prendre connaissance à travers la revue des récits de femmes de la place occupée par les réseaux (sociaux) de patientes dans leur parcours de soin. En effet, plusieurs d'entre elles mentionnaient l'existence de listes de praticiens susceptibles d'accéder à leur demande sur les réseaux de patientes. Nous avons retrouvé dans le récit de deux médecins généralistes (E3, E4) du planning familial cette notion de listes non officielles de praticiens réalisées par des patientes, initiative s'inscrivant dans une perspective de littéracie en santé. La non-mention par la majorité des professionnels de ces réseaux non médicaux de redirection des patientes est difficile d'interprétation. En effet, nous ne pouvons savoir s'il s'agit d'une ignorance ou d'un oubli. En tout cas, il s'agit d'une problématique commune à de nombreuses femmes dans leur témoignage et qu'on ne retrouve que

très partiellement dans le discours des soignants. Une des deux médecins généralistes mentionne que les patientes pour qui elle avait rédigé un certificat de début « *avaient déjà des coordonnées* » pour poursuivre leur demande, sans pour autant éclairer si celles-ci venaient éventuellement d'un réseau de patientes.

Une médecin généraliste (E3) nous a fait part du rôle qu'elle a joué lorsque des demandes se sont présentées à elle. Etant donné que les patientes « *avaient déjà des coordonnées* » de chirurgiens, elle nous a expliqué avoir eu un rôle essentiellement d'information et d'attestation du délai de réflexion. Par ailleurs, elle a expliqué qu'elle n'aurait pas su vers quels professionnels ou vers quels établissements rediriger les patientes. Elle dit que si le cas s'était présenté, elle aurait pris contact avec ses collègues du planning familial pour trouver un chirurgien puisque c'est le moyen qu'elle a employé lors d'une redirection dans le cadre d'une vasectomie d'un patient âgé de 25 ans. Elle exprime ressentir une forme d'authenticité dans la relation aux patientes ayant cette demande étant donné qu'elle n'est pas dans une position décisionnaire. Elle raconte au cours de l'entretien que, pour elle, ce qui diffère des autres consultations réside justement dans cette redirection indispensable. Cet élément se retrouve également dans le propos d'une maïeuticienne (E10) . La médecin généraliste (E3) explique concevoir son rôle en tant qu'accompagnatrice dans la réflexion, informatrice et cela dans un parcours de soin au cours duquel les patientes ont pu rencontrer différents positionnements du corps médical vis-à-vis de leur demande :

« je suis souvent plutôt au milieu d'une chaîne et qui est souvent une chaîne où « aaah on m'a déconseillé, on m'a dit que c'était pas une bonne idée » y a souvent ce truc là. Chez celles qui sont décidées, elles se sont souvent pris des refus et des gens qui ne leur donnaient pas d'infos du coup »

Cette médecin dit ne pas avoir de retours quant à son action de déclenchement du délai de réflexion. A ce questionnement, un gynécologue-obstétricien (E8) répond de manière positive en disant qu'il accepte ces attestations pour entamer le délai de réflexion tandis que pour une interne (E6), il revient à l'opérateur de réaliser l'information sans précision sur la personne ou les personnes pouvant enclencher le délai.

La maïeuticienne (E10) explique qu'« *en tant que sage-femme* », elle n'est pas « *censée* » donner l'information et qu'« *il faut vraiment que ce soit le médecin qui fasse cette information là et qui fasse signer le consentement* ». Elle (E10) explique toutefois que le délai de réflexion peut être enclenché par une consultation auprès d'elle :

« Nous par contre on peut quand même répertorier au cours de notre consultation la demande de la patiente et parfois du coup le délai peut être raccourci parce qu'on prend en compte cette première demande là avec la sage-femme. »

Le gynécologue (E8) qui expliquait accepter les certificats d'autres praticiens le justifiait par le fait qu'il considérait le délai de réflexion comme « *un délai d'information de la patiente* ». Or, ici le déclenchement du délai par la sage-femme ne semble pas rentrer dans ce cadre. Cependant, nous ne lui avons pas fait préciser à quel type d'information la maïeuticienne faisait référence, ce qui limite la poursuite de notre analyse.

La difficulté de redirection présentée par une des médecins généralistes (E3) exerçant en cabinet et au planning familial n'est pas partagée par une de ses consœurs médecin généraliste (E4) qui travaille dans un service de planification familiale en structure hospitalière. Dans son service (E4), une réunion collégiale a été réalisée afin de discuter du positionnement de chaque professionnel et du service en général :

« y a quelque temps, y a eu des nouvelles, un nouveau chef de service ici et des nouvelles personnes dans l'équipe et du coup on s'est posés pour savoir si on pouvait accepter ce genre de demandes (...) deux des chirurgiens d'ici ont dit que elles acceptaient sans réserve de les faire si, bien sûr avec le respect du délai de réflexion et en s'assurant que la patiente était, connaissait bien la non-réversibilité (...) c'est super parce que c'est là où je travaille donc c'est pratique »
(E4)

La connaissance du positionnement a priori de ses confrères vis-à-vis d'une prise de décision est également relatée par une gynécologue-obstétricienne (E2) qui explique que ses confrères étaient au courant qu'elle pratiquait la ligature tubaire.

Une médecin généraliste (E4) a expliqué l'importance qu'elle accorde au rôle d'adressage :

« Donc voilà donc je sais que nous en tant que médecin on est aussi souvent amenés à... à chercher le bon contact pour que la patiente elle... elle se retrouve pas devant un échec de prise en charge. Parce que c'est, quand on rate un adressage, euh on a l'impression qu'on doit tout recommencer à zéro après, pour les femmes c'est assez pénible. » (E4)

Le souci exprimé par cette médecin (E4) de limiter l'inconfort et l'allongement du délai d'accès à cette méthode contraceptive est également exprimé par une interne (E6) qui précise aux patientes « *de pas prendre un rdv avec un gynéco de ville mais directement avec un gynéco hospitalier pour pouvoir programmer le bloc* ».

Par ailleurs, outre ce rôle d'adressage au sein d'une relation strictement médecin / patiente, une des deux médecins généralistes (E4) explique prendre part à un adressage plus large. En effet, elle nous explique avoir aiguillé la veille de l'entretien un confrère ou une consœur qui cherchait un chirurgien pour orienter une femme de 22 ans avec une demande. L'importance qu'elle accorde à l'adressage repose sur son observation d'une discordance voire-même d'une opposition entre le discours de collègues lors d'échanges et l'issue de l'adressage vers ceux-ci :

« y a quand même plein de professionnels qui me disent « je suis ok » et puis je vois bien que quand ils reçoivent les femmes finalement ils essayent de les dissuader et en tout cas ils sont mal à l'aise avec l'idée de pratiquer ce geste » (E4)

Comme nous avons pu le voir dans les témoignages de femmes, le parcours médical vers la contraception définitive met en jeu plusieurs professionnels avec des rôles distincts. Pour ce qui est du côté chirurgie, une interne (E5) raconte la difficulté qu'elle ressent dans la prise de décision de cette contraception car c'est au chirurgien que revient la décision « *de mettre quelqu'un dans un bloc opératoire* » et de « *prendre la décision de l'endormir* ». La distinction de rôles et de missions des soignants issus de différentes spécialités s'apparente à une dépendance dans le discours d'une soignante (E4) qui aimerait justement s'en défaire vis-à-vis des urologues par une formation personnelle à la vasectomie. Cette dépendance vis-à-vis d'un autre praticien dans la prise de décision est perceptible dans le discours d'une interne (E6) car son statut ne lui permet pas de prendre des décisions finales quant à la contraception définitive.

Comme il a déjà été exposé, les chirurgiens suivent par la suite uniquement les patientes qu'ils suivaient avant leur stérilisation. Ainsi, on a pu percevoir l'activité ponctuelle du gynécologue-obstétricien pour les patientes qu'ils ne suivaient pas auparavant. Cependant, on retrouve cette intervention très ponctuelle également dans le discours d'une médecin généraliste (E4) qui explique être elle-même sujet intermédiaire de redirection des patientes au sein du centre de planification familiale. Elle explique donc ne pas revoir la majorité des patientes. Une gynécologue-obstétricienne (E2) explicite également le rôle d'adressage qu'elle a eu auprès de confrères spécialisés en PMA lorsque des patientes (deux au cours de sa carrière) ont émis le désir d'enfants après leur stérilisation.

Dans les témoignages des femmes, il était question de l'accessibilité et de l'éloignement géographique lorsque les praticiens susceptibles d'accéder à la demande des patientes se situaient à des distances importantes. Ce questionnement est soulevé par un gynécologue-obstétricien (E8) qui explique que certaines patientes viennent de 150 km. Il explique cela par le refus de certains praticiens plus proches du domicile des patients. Il ajoute qu'il y reconnaît un droit du soignant. Une des deux médecins généralistes (E4) mentionne, elle aussi, le cas où les patientes résident à distance de son lieu d'exercice. Elle souligne ne connaître que peu de praticiens en dehors de son établissement et enclins à accéder aux demandes.

Nous n'avons récolté que peu d'informations quant aux ressorts de la mise en relation des professionnels et donc à la constitution d'un réseau de soin. Une médecin généraliste (E3) mentionne un congrès (dont la thématique nous reste inconnue) lui ayant permis de recueillir une liste de praticiens acceptant de poser des Essure près de son ancien lieu de travail, quand cela se faisait encore. L'autre médecin généraliste (E4) cite le congrès de l'ANCIC. On peut imaginer que ce congrès met en relation des professionnels avec des positionnements assez semblables sur ces questions contraceptives au vu de leur structure d'exercice. Cette synergie semble confirmée par l'usage des pronoms « nous » et « on » pour désigner les professionnels présents et qui tend à montrer l'appartenance à un groupe.

3.4.3 Discours spontanés

En fin d'entretien, nous demandions aux soignants s'ils avaient quelque chose à rajouter sur le sujet afin d'éventuellement faire émerger des éléments qui n'auraient pas émergé avec notre trame d'entretien. A cela, les réponses se sont trouvées diverses et portant sur des thématiques différentes. Parmi les dix soignants, neuf ont rajouté quelque chose suite à la question et une (E7) a dit n'avoir « *rien de particulier* » à rajouter mais a pourtant évoqué d'autres problématiques dans une discussion informelle à la fin de l'entretien.

On a remarqué dans le discours d'une gynécologue-obstétricienne (E1) un discours de justification de sa pratique à la fin de l'entretien et un positionnement personnel vis-à-vis de celle-ci : « *écoutez, moi je suis assez libre avec cette pratique, euh donc rien de plus* ». Suite à son entretien, on peut comprendre en « *libre* » une acception d'ouverture sur cette pratique dans la mesure où elle la pratique et accède donc à des demandes (mais en a cependant déjà refusé). Par ailleurs, on peut y voir un souci de se positionner au sein de la profession et donc de mettre en exergue un exercice de la

clause de conscience cas-dépendant. La liberté semble donc évoquée dans une compréhension double : liberté de choix de pratiquer la stérilisation ou non et liberté au sens d'ouverture à cette pratique. Cependant, la modulation par « assez » modère sa position et montre un exercice axiologique dans lequel est compris un droit qu'elle s'accorde à refuser ou du moins à différer au « moindre doute » pour reprendre ses termes.

Deux soignantes (E2, E3) travaillant au planning familial ont exprimé leur attention à la place que la stérilisation volontaire féminine occupe au sein des méthodes contraceptives en France en comparaison à d'autres pays. Elles estiment la place de la vasectomie ou de la stérilisation de manière générale faible par rapport aux autres pays. Ainsi, on peut y voir la prise de conscience d'un exercice guidé par une culture géographiquement déterminée et donc de l'impact des déterminants socio-culturels. Par ailleurs, à travers ces comparaisons internationales transparaît un désir d'harmonisation et donc de faire davantage place à cette méthode contraceptive dans les pratiques françaises, et ce notamment pour la vasectomie. La maïeuticienne (E10) salue le recours à la vasectomie « surtout quand c'est un choix de couple ».

Un praticien (E8) a souhaité évoquer à ce moment de la discussion une problématique limitrophe à notre sujet et qui le questionne dans sa pratique courante, à savoir l'accès à la stérilisation pour les femmes sous tutelle. En effet, dans sa pratique il remarque des délais d'accès largement augmentés qui ne sont pas, selon lui, fidèles à la loi. Ce délai imposé dans la pratique par des exigences administratives est jugé déraisonnable par ce praticien, ce qui lui a fait soulever la question de la contraception pendant ce délai administratif ainsi que l'impact psychologique sur ces femmes. Ces questions sont aussi soulevées dans les témoignages de femmes sans protection de justice du fait des adressages successifs et des pré-requis demandés par certains praticiens pour accéder à leur demande.

Spontanément, deux internes (E5, E6) saluent l'existence de cette méthode contraceptive. Un gynécologue-obstétricien (E8) se félicite à ce moment de la discussion de la légalisation de cette méthode contraceptive qui instaure un « cadre » pour reprendre ses termes. Deux internes (E5, E6) ainsi qu'un médecin généraliste (E3) voient dans la stérilisation féminine un moyen de libération de et l'évoquent pour deux d'entre elles (E3, E6) de manière explicite. La liberté était - dans notre revue des témoignages de femmes - un des éléments redondants d'orientation vers cette méthode contraceptive. Dans le récit d'une interne (E6), on retrouve plusieurs préoccupations centrales que les femmes exprimaient dans leurs récits, à savoir la charge mentale, l'inquiétude et l'incertitude de la grossesse. On peut y voir une conscience et connaissance de l'interne des enjeux à l'origine de la direction des patientes vers ce moyen contraceptif. Cependant, pour illustrer son propos, l'interne (E6)

donne l'exemple d'une femme de 45 ans et donc en fin de vie procréative, pour qui la contraception représente une charge et une incertitude dans l'attente de la ménopause. Cet exemple pourrait illustrer les représentations de la stérilisation comme contraception précédant la ménopause. Si une libération implique de fait un élément duquel il faut se libérer, c'est justement une interne (E5) qui l'explique sous la formulation de « *poids de la contraception* », poids qu'elle estime « *uniquement porté par les femmes* ». Elle met en perspective cette charge avec le temps de fertilité :

« voilà ça renvoie au poids de la contraception qui est uniquement porté par les femmes alors que la période de fertilité est beaucoup plus faible chez la femme que chez l'homme ».

Cette idée de charge contraceptive et de libération par la ligature tubaire est reprise par une autre interne (E6) à ce moment de l'échange. Elle justifie cette libération justement par l'irréversibilité de la méthode contraceptive :

« il faut leur proposer une solution autre et je pense effectivement que la ligature, l'avantage c'est d'être définitif ». (E6)

Elle présente l'irréversibilité comme un « *avantage* » et donc comme l'élément recherché dans cette méthode contraceptive. Cette interne souligne le dégagement d'une charge contraceptive permis par la stérilisation. Dans le discours des internes, la libération évoquée était celle de la charge contraceptive. La liberté sexuelle est mentionnée par deux soignants (E4, E8) dans leur récits (en dehors de ce moment de parole non guidé).

A travers le discours spontané des professionnels a été réaffirmée l'importance de l'information concernant cette technique. Plusieurs informations ont été évoquées. Premièrement, celle concernant la méthode contraceptive au moment d'une demande. Dans un second temps, l'accent a été mis sur une information plus générale, au sens de médiatisation, une information non uniquement partagée avec les personnes qui en font la demande et qui ont donc connaissance de l'existence de cette méthode contraceptive. Une soignante (E5) évoque une nécessité de médiatiser la stérilisation masculine dans ce temps de parole spontané (« *la vasectomie, enfin l'équivalent chez l'homme est pas encore assez connu et pas assez démocratisé* »). L'information de l'existence même de la stérilisation au sein des méthodes contraceptives est également évoquée dans ce temps de parole non guidé par deux autres soignantes dont une (E3) le fait de manière réflexive en y voyant une piste d'amélioration de sa pratique.

Une médecin (E4) a livré dans ce moment d'expression sa conception du lien entre médecine et « *société* », supposant que la médecine suivra les avancées sociétales. Cette conception ne positionne pas la médecine en tant qu'initiatrice de la démarche et de l'information et reporte donc davantage la responsabilité de l'information sur les pouvoirs publics. Cela diverge de la conception d'une autre praticienne du planning familial (E3) qui considère avoir une place privilégiée pour diffuser l'information et voit donc davantage la médecine comme moyen d'impulsion et de changement.

Cette conception peut être mise en relation avec le discours d'une interne (E5) dans ce temps de parole non-guidé concernant le rôle du médecin. En effet, elle explique ne pas être dans une « *médecine patriarcale* ». Elle précise que certes le médecin ne peut conduire les pratiques et les choix individuels mais on ne peut - selon elle - ignorer le « *recul* » des médecins et leur expérience. En d'autres termes, l'expérience permettrait au médecin une vision collective du fait de la quantité de cas individuels rencontrés et pourrait ensuite guider les décisions du médecin sur un cas spécifique et « *modérer* » des prises de décision. Elle questionne ainsi la manière selon laquelle le praticien doit interpréter son expérience par rapport à la patiente qu'il rencontre. Le rôle de l'expérience est questionné par cette interne sans pour autant qu'elle y amène une réponse ferme. Elle a expliqué que c'est justement dans cette lacune que réside la difficulté décisionnelle.

Une médecin (E3) constate qu'elle n'évoque pas la stérilisation féminine avec ses patientes car c'est un sujet « *touchy* » et donc difficile à amener du fait des « *réticences des patientes* ». De même, elle constate ne pas questionner systématiquement sur le désir ou non-désir d'enfant des femmes. Enfin, bien qu'elle ait salué les choix axiologiques faits par le planning familial, son récit à ce moment de l'entretien vient questionner certains choix d'accueil dans le cas de la contraception définitive. En effet, elle raconte que le planning familial repose sur des rencontres collectives, durant lesquelles quatre à six femmes sont convoquées. L'information y est donnée de manière collective. Elle remarque donc que la question auprès de chaque participante du désir d'enfant ne peut se faire dans cette dynamique collective. Par ailleurs, elle note que les femmes viennent souvent avec une demande. Ainsi, l'information est donnée pour chaque méthode envisagée par les femmes mais la présentation exhaustive de toutes les méthodes deviendrait trop chronophage. Sans remettre en cause l'organisation d'accueil au planning familial, cette praticienne a mis en exergue une réalité pratique qui ne participerait pas à faire connaître la contraception définitive quand bien même elle la considère comme une alternative contraceptive pertinente pour certaines femmes.

Les discours spontanés ont été orientés vers l'avenir aussi bien de manière normative (« *Je dirais qu'il y a encore beaucoup de travail à faire* », E4) que de manière prédictive. En effet, une

gynécologue-obstétricienne (E2) pense que les femmes « *vont moins se tourner vers une contraception définitive* » du fait des recommandations concernant la pré-ménopause et les DIU hormonaux. En remédiant aux saignements « *qui gâchent quand même la vie de beaucoup de femmes entre 40 et 50 ans* » (E2), les DIU pourraient rivaliser avec la stérilisation.

Dans les prédictions appuyées par ses observations, une médecin généraliste (E4) a dit entrevoir la perspective d'un changement de mentalités chez les plus jeunes (changement qu'elle a situé à la puberté et à l'adolescence). Elle a expliqué que les adolescents abordaient des sujets « *qui étaient (pas) possible d'imaginer* » à son âge tels que le non-désir d'enfants ou la non-orientation sexuelle. Elle se félicite d'une telle évolution en y voyant un moyen d'élargir le cadre des possibilités, cadre qui guidera les individus et la médecine selon elle. Une interne (E6) a évoqué à ce moment de l'entretien de manière singulière l'usage eugénique qu'a été fait de la stérilisation au cours de l'histoire, notamment sur « *les patientes psychiatriques* ».

3.5 La stérilisation : une méthode contraceptive évolutive

3.5.1 Des comparaisons évocatrices

Nous avons porté notre intérêt sur les comparaisons utilisées par les professionnels vis-à-vis de la contraception définitive.

Comme nous avons pu le mettre en lumière, l'IVG et la contraception définitive sont liées *via* un texte de loi commun bien que les enjeux diffèrent en plusieurs points. Ainsi, l'IVG est un sujet à comparaison avec la stérilisation volontaire ou du moins de mise en relation. Une médecin (E3) compare le délai de réflexion dans la stérilisation avec celui dans l'IVG. De même, l'IVG est mentionnée par un médecin (E8) pour faire référence au droit du médecin d'accéder au non à la demande des patientes aussi bien pour l'IVG que la stérilisation. Ce médecin mentionne les évolutions législatives connues par l'IVG récemment quant aux délais pour y recourir, évolutions qui en revanche ne sont pas survenues pour la contraception définitive. Si ce praticien se réfère à l'exercice de la clause de conscience, à aucun moment des entretiens ni lui ni les autres soignants interrogés ne l'évoquent explicitement. Enfin, les comparaisons réalisées par les soignants avec l'IVG ont fait état des cas de conscience et de questionnements axiologiques soulevés par les deux pratiques. L'une des gynécologues a dit :

« Mais c'est de la même manière en gros que la patiente qui ne veut prendre aucune contraception, moi ça ne me pose aucun problème si elle fait pas d'IVG, en fait. C'est son choix, moi ce que je veux c'est lui éviter ça ! » (E7)

Une médecin (E4) compare son accompagnement dans des contraceptions définitives avec celui qu'elle réalise dans les hormonothérapies de transition car « c'est un peu le même cadre » pour elle. Elle explique que c'est au médecin de faire le choix d'intégrer ces pratiques aux prérogatives de la médecine ou non. Pour sa part, elle explique avoir inclu ces pratiques au sein de son exercice.

Une interne compare la prise de décision dans la stérilisation féminine avec celle dans le cas de diagnostic anténataux. Une dernière comparaison est celle effectuée par une médecin généraliste avec la chirurgie esthétique concernant un éventuel « regret » pour reprendre ses termes. Pour cette médecin, le « regret » serait appréhendé de manière plus légère dans la chirurgie esthétique que dans la stérilisation volontaire.

3.5.2 Quelle place au sein de l'offre de soin ?

Nous avons souhaité nous intéresser à la place de la contraception définitive féminine au sein de l'offre de soin, c'est à dire la place qu'elle occupe dans le discours des soignants et au sein des méthodes contraceptives évoquées en dehors des demandes venant des patientes. Plusieurs éléments ont été redondants dans les motivations à l'évocation de cette contraception par les soignants :

	Nombre de soignants mentionnant cet élément :
Antécédents obstétricaux jugés « lourds » (comprenant notamment les césariennes)	3
Pronostic de complications lors d'une grossesse future	2
Contre-indication à une grossesse	1
Constat d'une errance contraceptive	5
Mauvaise tolérance contraceptive ou mention d'une charge contraceptive	3
Âge considéré comme non « jeune » ⁹	5
Grossesses antérieures de la femme	5

Tableau 14 : éléments incitant les soignants à évoquer la contraception définitive avec leurs patientes en dehors des demandes.

⁹ Les seuils varient d'un soignant à l'autre comme nous pourrions le voir.

Nous pouvons voir que les antécédents obstétricaux appartiennent pour plusieurs soignants aux facteurs les amenant à proposer cette contraception à des patientes. L'expérience vis-à-vis de la contraception rentre en compte pour plusieurs des soignants dans leur démarche de proposition de la contraception définitive à la patiente. En effet, plusieurs sont amenés à l'évoquer lorsque la patiente est en errance contraceptive, se trouve en situation d'intolérance à d'autres méthodes réversibles ou que la contraception représente une charge trop importante aux yeux des soignants. L'intolérance contraceptive était un élément retrouvé dans les témoignages de femmes comme motivant leur orientation vers une contraception définitive. On voit donc sur ce point une synergie entre la démarche professionnelle et celle patiente.

Au cours d'un entretien, un médecin généraliste (E3) a considéré que la présentation qu'elle faisait de la stérilisation volontaire féminine en réponse à un échec d'autres méthodes était une proposition de « *dernier recours* ». Elle a constaté un écart entre sa position personnelle sur le sujet (« *j'ai écrit dans ma thèse que c'était trop bien et qu'il fallait le proposer à toutes les femmes de plus de 40 ans* ») et sa pratique professionnelle. Dans deux récits, l'âge était corrélé à l'expérience de la contraception. Cependant, nous n'avons pas pu, avec ces entretiens, évaluer dans quelle mesure la corrélation de ces paramètres influençait la proposition ou non de cette contraception aux patientes.

L'âge et la parité sont des critères que nous avons déjà identifiés dans les critères des soignants d'accéder aux demandes des patientes. Les deux sont également engagés dans le choix de présenter ou non cette méthode contraceptive à la patiente. En effet, l'âge est évoqué par certains soignants avec des seuils qui peuvent varier. Il est corrélé au nombre d'enfants de manière spontanée par plusieurs soignants. Une gynécologue (E1) a placé un seuil pour proposer cette contraception à 40 ans, seuil qu'elle a expliqué fixer en référence à l'âge de prise en charge en PMA qui a lieu jusqu'à 42 ans. Une médecin généraliste (E3) l'a posé à 35 ans en mentionnant, comme la gynécologue précédente, la corrélation avec la parité. En expliquant l'accueil collectif au planning familial, cette médecin généraliste (E3) a noté que le jeune âge (« *20/25 ans* ») est un frein aussi bien dans une évocation individuelle que collective de la contraception définitive.

Une interne (E6) a explicité la proposition ciblée qu'elle réalise et la corrélation entre âge et parité en utilisant la formulation combinée de « *jeunes nulligestes* » pour les patientes auxquelles elle ne propose pas la contraception définitive. Une gynécologue a mentionné de manière isolée le critère de l'âge en formulant des exemples à des âges extrêmes de procréation (18 et 45 ans). Il nous a donc été difficile d'interpréter les âges donnés puisqu'ils laissent vacant une importante tranche d'âge.

Un médecin gynécologue (E8) a livré, lui, le cas d'une patiente de 32 ans avec 7 enfants et pour qui il serait favorable d'avoir recours à la contraception définitive d'après lui. Si l'on considère l'âge de la patiente par rapport aux seuils donnés précédemment par ses consœurs sur la notion de jeunesse, il s'agit d'un âge pour lequel ses consœurs ne proposeraient pas spontanément la stérilisation (nous ne savons pas pour lui quel est le seuil de la « jeunesse »). La parité de cette patiente l'amènerait lui à proposer (voire même « insister » pour reprendre son propos) cette contraception. Dans le témoignage qui suit, l'interne interrogée s'est rappelée en pleine phrase vouloir ajouter le critère de parité à celui de l'âge et de la charge contraceptive dans son choix de proposer la contraception définitive ou non. On pourrait y voir un mécanisme d'association mentale des paramètres :

« ah oui ce que j'ai oublié de vous dire aussi c'est le nombre d'enfant ! Ça change un petit peu on va dire, c'est moins difficile de lui refuser une contraception définitive qu'une dame du même âge qui n'a pas d'enfant. » (E9)

Nous avons pu identifier différentes approches quant à la contraception. En effet, un médecin généraliste (E3) a expliqué que lorsque la femme a un désir d'enfant, elle n'évoque pas la stérilisation car il s'agit pour elle d'une méthode non adaptée. Cependant, elle a nuancé au cours de l'entretien son propos en expliquant que son rôle d'information et de prescription repose sur une base standard d'information des méthodes contraceptives (où seules les contre-indications médicales sont réellement prises en compte) avant de s'adapter à la patiente. En recoupant ces deux extraits du même entretien, on remarque que la stérilisation semble échapper à cette standardisation de l'information dans la pratique de ce médecin (E3). Malheureusement, nous n'avons pas approfondi ce point au cours de l'entretien.

L'adaptation de la proposition contraceptive à la patiente est mentionnée par une gynécologue-obstétricienne (E7). L'adaptation - dans l'exemple donné par cette praticienne (E7) - donne priorité à l'âge et à l'expérience contraceptive des patientes. Cette approche contraste avec celle d'un autre médecin généraliste (E4) pour qui l'info peut être donnée de manière précoce à un moment où il ne s'agit pas d'une méthode adéquate. Ce médecin généraliste a expliqué que cette information pourra être pertinente pour un moment ultérieur de la vie de femme. La présentation de cette méthode contraceptive a pour but que « ça germe quelque part » (E4) dans une perspective de « cheminement personnel » (E4) si un jour le besoin se fait sentir par la patiente. Cette idée de « cheminement » via l'information délivrée, on la retrouve dans le discours d'une interne (E6). L'initiative d'information à visée de « cheminement » diffère dans le discours de l'interne (E6) et celui de la médecin généraliste (E4). En effet, l'interne dit l'employer pour des femmes ayant déjà des

enfants et ayant exprimé le désir de ne plus en avoir. La médecin généraliste (E4) ne dit pas le faire dans un cas précis. Ainsi, on ne sait pas si elle réalise cette information pour une réflexion sur le long terme avec un profil de patientes particulier ou si cette omission révèle une démarche plus générale et non limitée à un profil de patientes.

Un malentendu lors d'une question posée à une interne (E5) a permis d'éclairer le contexte d'évocation de la stérilisation comme méthode contraceptive au sein de sa pratique :

« **Etudiante** : Est ce qu'il t'es déjà arrivé à toi ou en tout cas est ce que t'as déjà vu ou assisté à un refus de stérilisation volontaire féminine ?¹⁰

Interne : Baaaah, c'est difficile, en gros nous on propose pas si elles. Enfin y a pas de refus, en fait c'est soit elles le souhaitent et on va dans leur sens, soit elles en parlent pas et globalement on. Après, si c'est pour les césariennes, les patientes qui ont eu beaucoup, beaucoup de césariennes, chez qui on peut le suggérer effectivement et qui le, parce que là c'est un risque obstétrical et effectivement c'est déjà arrivé » (E5)

A travers ce récit, on perçoit que la stérilisation intègre le panel contraceptif selon le souhait et la connaissance de cette méthode contraceptive par les patientes et qu'elle n'est pas proposée en dehors des patientes ayant eu des antécédents obstétricaux notables.

Une médecin généraliste (E3) a expliqué ne pas présenter cette méthode contraceptive aux patientes de moins de 35 ans en partie par appréhension qu'elles ne trouvent de chirurgien acceptant de réaliser l'intervention. Elle a précisé qu'en revanche elle ne fait pas de distinction quant à la tranche d'âge pour les autres contraceptions. Cette distinction faite avec la contraception définitive est un point qu'elle considère avoir à changer et améliorer dans sa pratique. Cet élément a été repris par une interne (E6) qui dit « éviter » de le proposer aux « jeunes nulligestes » car elle sait la difficulté pour elles de trouver ensuite un praticien qui accepte.

La présentation des méthodes contraceptives orientée selon l'âge se retrouve dans le propos d'une interne (E9) qui dit également le faire selon les antécédents sans préciser s'il s'agit des antécédents médicaux ou également expérientiels de la patiente. L'évocation par cette interne des méthodes contraceptives les plus fréquemment présentées n'a pas mentionné la contraception définitive. La présentation des contraceptions est guidée par le désir des patientes dans le récit de

¹⁰ La participante avait proposé qu'on se tutoie.

cette interne (« *ce qu'elles veulent* », E9). On ne sait pas si cette ellipse est le fruit de l'absence de désir des patientes ou d'une méconnaissance de cette méthode contraceptive par les patientes.

Le choix de présentation des méthodes contraceptives selon l'intérêt exprimé par les patientes est également celui fait par une autre gynécologue obstétricienne (E2) qui a souligné que les patientes arrivaient souvent avec une idée de ce qu'elles souhaitaient pour leur contraception. Selon elle, respecter l'envie contraceptive de la patiente augmente la tolérance à la contraception en question. Une médecin généraliste (E3) a expliqué, elle aussi, donner la priorité à la contraception suggérée par les patientes et donc ne pas faire un listing systématique. Elle a remarqué que lorsqu'elle entame une information plus générale sur d'autres contraceptions, la stérilisation « *passé souvent à la trappe* », en partie par anticipation d'une réticence des patientes.

Nous avons explicitement questionné six soignants sur les méthodes contraceptives évoquées avec leurs patientes. Plusieurs ont répondu évoquer « *toutes* » les méthodes contraceptives ou « *faire l'éventail* ». Une médecin généraliste (E4) nuance l'exhaustivité de sa présentation en nous disant avoir des difficultés à parler de contraception masculine (en dehors du préservatif) et des méthodes naturelles. Pour un gynécologue-obstétricien (E8), l'exhaustivité de la présentation des méthodes contraceptives relève de la loi. Il a constaté par ailleurs une faible connaissance des patientes de l'existence des spermicides sans pour autant émettre une hypothèse quant à cela. D'autre part, ce gynécologue a dit proposer la stérilisation « *suivant les patientes évidemment* ». On peut donc voir dans les pratiques déclarées une ambivalence entre présentation exhaustive du panel contraceptif et information sur la contraception définitive.

Une gynécologue (E7) a dit « *aborder* » toutes les méthodes contraceptives puis précise aborder « *tout ce qu'elles (les patientes) veulent* ». Elle a précisé que la contraception définitive n'était pas une « *case à part* » au sein des méthodes contraceptives. On note qu'il est difficile d'interpréter le terme « *aborder* » puisqu'elle a dit aborder « *toutes* » les méthodes contraceptives et en même temps dans l'exemple donné, elle a expliqué s'adapter aux patientes. On retrouve une ambiguïté qui ne nous permet pas d'évaluer le contexte de présentation de la contraception définitive. Evoquer « *tout ce qu'elles veulent* » et « *toutes* » les méthodes contraceptives ne semble pas superposable mais il ne nous a pas été possible de savoir exactement ce qui était compris sous ces formulations.

Une interne (E6) a évoqué les consultations aux urgences et une redirection des patientes vers un site dans un souci justement d'information exhaustive couvrant l'ensemble des méthodes contraceptives. Enfin, la question du désir d'enfants de la patiente lors de la présentation de l'offre

contraceptive a été mentionnée par un médecin (E3) pour remarquer qu'elle ne la posait pas systématiquement.

3.5.3 Relation étroite avec la vasectomie

Nous souhaitons approfondir le discours des soignants quant à la vasectomie. Nous avons déjà pu constater la place conséquente occupée par la vasectomie lors de l'information délivrée à une patiente concernant la stérilisation féminine. A présent, nous souhaitons nous pencher sur la pratique et le positionnement des soignants de manière plus générale sur la vasectomie.

Cinq soignants (E2, E3, E4, E6, E10) nous ont dit avoir déjà connu des cas concrets de vasectomie. L'une d'entre elles, une interne (E6), souligne cependant la rareté du recours à la vasectomie dans sa pratique. Elle raconte l'histoire d'un patient qui y a recouru suite à des complications de contraception de sa femme. Elle clôture son exemple en disant :

« Et je m'étais dit : Whaou ! C'était suffisamment rare pour le signaler. (rires partagés) ce qui est quand même déprimant hein, mais c'était très agréable de le voir. » (E6)

Cette interne précise le cas qu'elle rencontre le plus souvent, à savoir :

« j'avoue que le cas le plus fréquent c'est quand même celui du gars qui dit : nan, nan c'est même pas discutable, devant moi, devant sa femme même si je lui explique : « nan nan c'est pas discutable, vous toucherez pas à l'entrejambe » (...) Vraiment c'est blocage complet de la discussion quoi. » (E6)

Cette interne (E6) a fait part de son expérience à l'étranger (Grande Bretagne) et a établi un constat proche de celui qu'elle a eu en France, à savoir un faible recours à la vasectomie pour les hommes. Dans ses propos, elle a exprimé la contraception en tant que charge féminine et cela jusqu'au recours à la contraception définitive. Ce sentiment semble partagé par un autre médecin-gynécologue (E8) pour qui l'orientation des couples vers la vasectomie est « possible » bien que ce ne soit « pas très très fréquent en France » sans expliciter cependant s'il a rencontré des cas dans sa pratique. Il nourrit les récits précédents de l'interne en expliquant que la contraception « depuis l'adolescence c'est géré par la femme » et que « c'est elle qui va gérer jusqu'au bout » (E8).

Pour ce qui est des autres soignants, trois d'entre eux ont dit ne pas avoir vu aboutir cette démarche malgré une information des patientes et ce pour des raisons diverses à savoir la perte de

vue des patientes, le désir des patientes d'une contraception personnelle¹¹ et non d'un tiers ou bien les réticences de certaines. L'argument d'une contraception personnelle est également présent dans la revue des témoignages de femmes.

Un médecin généraliste (E4) a réalisé une comparaison de fréquence d'adressage entre ligatures tubaires et vasectomie et a noté avoir davantage adressé pour des vasectomies que pour des ligatures tubaires sans pour autant livrer un ordre de grandeur. De même, une autre médecin généraliste (E3) nous a dit n'avoir jamais eu à adresser de manière ciblée vers un chirurgien car ses patientes « *avaient déjà des coordonnées* » alors que la situation s'était présentée pour une vasectomie. On perçoit donc que d'un praticien à l'autre, la rencontre avec des cas de vasectomie varie.

Plusieurs soignants ont exprimé les représentations de la vasectomie des patient(e)s auxquelles ils ont pu être confrontés dans leur pratique. Une interne (E9) en gynécologie-obstétrique a fait référence à des propos de patientes qui « *justifient* » le non-recours à la vasectomie par l'appréhension d'une perte de virilité de leur conjoint. Une autre interne (E6) a mentionné des idées qu'auraient des patients quant à la vasectomie et notamment l'idée d'une diminution du volume de l'éjaculat. Une médecin généraliste (E4) a dit avoir été confrontée à une méconnaissance de ses patientes du caractère irréversible de la vasectomie, méconnaissance qu'elle souligne ne pas avoir constatée chez ces patientes concernant la stérilisation féminine.

Plusieurs médecins ont évoqué des différences entre les stérilisations masculine et féminine. Deux médecins (E2, E4) mentionnent notamment la possibilité de recueil de sperme au CECOS possible pour la vasectomie et non pour la stérilisation féminine. Nous avons pu voir que l'éventuel changement d'avis des patientes constitue une préoccupation pour les professionnels de santé, voire-même une réticence. On peut donc se demander si la possibilité de conserver son sperme pour les hommes ne pourrait pas a priori pallier à cette préoccupation des professionnels de la vasectomie. Une gynécologue (E7), un médecin généraliste (E4) et une maïeuticienne (E10) ont précisé que la vasectomie était une chirurgie moins lourde que la ligature tubaire.

Une gynécologue (E4) a approfondi le profil des patients vasectomisés qu'elle rencontrait. Elle a précisé que celui-ci différerait de celui de ses patientes avec une demande de stérilisation. En effet, elle a expliqué rencontrer des femmes jeunes sans enfants pour les demandes de ligatures tandis que

¹¹ « *Après un des arguments qui revient souvent c'est : peut être qu'il serait d'accord mais je veux le faire pour moi* » (E7)

ses patients recourant à la vasectomie ont une « *quarantaine d'année dans des couples où y a déjà des enfants* », et où il n'y a « *plus besoin de de protection contre les infections sexuellement transmissibles parce que y a une vie de couple qui est stable* ». Cela a été étayé par les propos de la maïeuticienne (E10) qui souligne les bénéfices de la vasectomie lorsqu'il s'agit d'« *un choix de couple* ». Dans ces deux récits, on voit donc que la situation conjugale a toute son importance dans le choix contraceptif. Pour rappel, nous avons remarqué qu'une majorité de praticiens valorisait une information standardisée concernant la vasectomie ne tenant pas compte du statut amoureux ou conjugal des patientes.

Deux médecins (E2, E4) exerçant au planning familial nous ont fait part de leurs relations avec les urologues. L'une d'entre elles (E2) a expliqué qu'il était parfois difficile de trouver un urologue qui accède aux demandes de vasectomie. Elle a illustré sa pensée par une comparaison avec la difficulté de trouver un(e) gynécologue dans une demande de stérilisation féminine du fait des conditions établies par les gynécologues à l'échelle individuelle. La médecin généraliste (E4) nous a fait part d'un correspondant unique en urologie. Elle dit savoir que celui-ci pourra accéder aux demandes, chose qui n'est pas le cas de tous ses confrères et consoeurs urologues. Toutefois, elle souhaite se défaire de cette relation de dépendance dans la prise en charge des vasectomies en envisageant de s'y former.

Deux internes (E5, E6) expriment le fait que la vasectomie aurait mérite à être plus démocratisée. L'une d'entre elles appuie son propos sur le « *poids de la contraception* » féminin (E5). L'autre interne (E6) explique que c'est un sujet « *tabou* » pour les hommes en disant que ça n'est pas un sujet de conversation « *dans les vestiaires au foot quoi* ». On note l'usage d'un exemple fortement genré et sans doute pas dénué de représentations pour l'interne qui l'utilise. Une interne (E5) a exprimé sa vision du rôle du gynécologue dans la diffusion de la vasectomie. Pour elle, la diffusion de la vasectomie devrait passer par l'information délivrée par le médecin à « *à chaque fois* » qu'il y a une demande de ligature tubaire.

Une médecin (E4) a remarqué que la contraception masculine occupait une place plus importante au sein des colloques. Elle y voit la possibilité de changement des pratiques mais a émis des réserves (« *c'est encore un peu compliqué à mettre en place.* »). La maïeuticienne (E10) a dit voir dans sa pratique une augmentation des demandes d'information sur la vasectomie et constate « *qu'il y a plus d'hommes qui font la demande* », ce qu'elle trouve être une « *bonne chose* ».

Enfin, une gynécologue-obstétricienne (E2) a soulevé le caractère français du faible recours à la vasectomie ce qui était également suggéré par un autre gynécologue-obstétricien (E8):

« il a encore moins envie de se faire opérer donc c'est elle qui va gérer jusqu'au bout, en grande majorité des cas, du moins chez nous c'est comme ça. » (E8)

Cette gynécologue-obstétricienne (E2) a exprimé un espoir d'augmentation du recours à la vasectomie et d'une harmonisation avec les autres pays.

QUATRIEME PARTIE : Discussion

4.1 Discussion de la méthodologie

Population médicale

Nous avons souhaité retracer le parcours médical des femmes dans l'accès à la contraception définitive. Ainsi, nous avons entrepris des entretiens auprès de gynécologues, internes en gynécologie, médecins généralistes du planning familial et maïeuticiens. A l'issue des résultats, nous avons constaté la place occupée par la vasectomie dans l'information sur la contraception définitive, ainsi que dans l'offre de soin. Plusieurs soignants ont notamment émis leur souhait de diffuser davantage la vasectomie. Ainsi, une piste d'extension du travail pourrait résider dans l'inclusion d'urologues au sein du dispositif empirique qualitatif afin de faire émerger leur point de vue. Leur regard pourrait être mis en correspondance avec les entretiens déjà réalisés. Nous développerons cela dans la partie *Lien à la vasectomie* de la discussion des résultats.

Une gynécologue a évoqué la mise en place d'une consultation psychologique dans le parcours médical vers la contraception définitive. Cela amène à envisager l'inclusion de psychologues dans la suite de cette recherche. En effet, l'introduction de cette consultation étant controversée par d'autres professionnels interrogés dans notre recherche, il serait intéressant d'entendre le positionnement des psychologues eux-mêmes. Pour cela, nous pourrions réaliser une nouvelle trame. Dans cette trame, nous pourrions envisager d'y introduire certains éléments des témoignages de femmes ou des témoignages des autres professionnels déjà interrogés.

A travers notre recherche bibliographique, nous avons appréhendé la parole des femmes uniquement par des récits déjà disponibles. Ainsi, un dispositif empirique incluant des femmes et des professionnels de santé pourrait être bénéfique. Il aurait en effet permis d'appréhender les expériences respectives par un unique dispositif.

Enfin, nous n'avons pas pu interroger de gynécologues médicaux malgré des efforts détaillés précédemment. On peut se demander si la difficulté à trouver des gynécologues médicaux n'est pas due à la diminution de leur effectif. Cet élément a été retrouvé dans le récit d'une interne au cours de nos entretiens (« *y a de moins en moins de gynécologues de ville donc les femmes ont de plus en plus de difficulté à avoir un suivi régulier* » (E6)). En effet, en 1984 a été supprimée la formation spécifique en gynécologie médicale, formation qui a été rétablie par la « *création d'un DES de gynécologie*

médicale en 2004 » (61). La baisse de 52,5 % des effectifs en gynécologie médicale entre 2007 et 2020¹² pourrait expliquer la difficulté à trouver des gynécologues médicaux avec qui échanger. On note que 80 % des actes effectués en gynécologie médicale concernent la contraception et la ménopause (61)(63). Ces évolutions de la démographie médicale questionnent donc l'accès au suivi gynécologique, et plus particulièrement contraceptif des femmes. L'absence de gynécologues médicaux au sein de notre dispositif n'a pas permis d'appréhender le rôle du gynécologue médical dans la contraception définitive.

Limitation géographique

Nous avons concentré notre recherche sur les praticiens exerçant en France, ainsi que sur l'expérience de contraception définitive des femmes en France. Comme nous l'avions expliqué, et ainsi que plusieurs professionnels l'ont suggéré au cours de leurs entretiens (*via* leur expérience à l'étranger ou leur constat personnel), le recours à la stérilisation contraceptive en France diffère de celui des autres pays (la stérilisation féminine étant la première méthode contraceptive dans le monde(11)). Ainsi, une piste de poursuite de cette recherche serait de l'étendre à l'échelle supranationale dans une perspective comparative. Cette approche comparative pourrait s'appuyer sur un dispositif semblable de mise en relation des témoignages de femmes avec ceux des professionnels pour une comparaison holistique des études. Par ailleurs, on pourrait concevoir un dispositif de comparaison des discours des soignants entre pays.

Cette perspective internationale semble d'autant plus pertinente pour pérenniser cette recherche que certaines femmes exprimaient dans notre revue des témoignages leur orientation vers la contraception définitive pour ne pas avoir à recourir à l'IVG en cas de grossesse. L'une d'entre elle mentionnait sa crainte quant aux changements législatifs observés dans d'autres pays qui restreignent l'accès à l'IVG. Ceci fait écho au projet d'arrêt émis en mai 2022 par la Cour Suprême Américaine (64) remettant en cause la jurisprudence *Roe v. Wade* (1973) et laissant donc à l'appréciation de chaque état le fait d'interdire ou d'autoriser l'IVG. Ainsi, une recherche outre - atlantique pourrait interroger les femmes et tenter d'évaluer leurs motivations à se tourner vers cette méthode contraceptive, motivations qui pourraient être influencées par les évènements actuels. Plus proche de la France, en octobre 2020, le Conseil Constitutionnel polonais a rendu un arrêt rendant anticonstitutionnel les IVG dans les cas de malformation grave du fœtus (65).

¹² « au 1er janvier 2020, 12 départements de métropole n'avaient plus aucun gynécologue médical » (62)

Mise en relation des récits de femmes et de professionnels

Comme nous venons de le suggérer, l'inclusion de femmes au sein du dispositif empirique pourrait être une piste pour la réalisation d'une recherche future. Le choix d'effectuer des entretiens uniquement avec des professionnels de santé nous a conduit à réaliser une analyse rétrospective entre deux supports différents. Nous avons, dans un premier temps, des récits volontaires d'expérience de femmes et librement accessibles, et, dans un second temps, des retours d'expériences de soignants à travers des entretiens semi-dirigés.

La temporalité des recherches a pu être un élément déterminant dans l'élaboration du processus de recherche puisque les expériences de femmes ont guidé le recueil de celles des praticiens. L'élaboration simultanée de deux trames d'entretien et la réalisation dans un même temps des entretiens avec les deux types de population auraient sans doute livré des résultats différents. Enfin, une telle démarche de recherche aurait pu entraîner la mise en place d'une méthodologie flexible avec une trame d'entretien variable dans le temps selon les résultats obtenus du côté des patientes ou des professionnels.

Les entretiens

Une mise en relation des expériences des femmes et de celle des praticiens aurait été possible directement *via* la trame d'entretien et notamment par l'introduction d'une vignette. Une vignette aurait permis une réaction des professionnels à une situation fictive ou à un récit de femmes du recueil. Cependant, nous avons fait le choix de ne pas orienter notre recherche dans cette direction. En effet, nous avons conscience d'échanger avec les gynécologues sur un sujet controversé et dans une perspective éthique de la recherche, nous avons à cœur de minimiser l'inconfort des participants. Ainsi, nous avons pensé la réaction d'un gynécologue à un témoignage de femme relatant une réponse reçue par celle-ci du corps médical et qui n'aurait pas été celle du participant lui-même. Cela aurait pu inutilement mettre le soignant en porte-à-faux et donc potentiellement interrompre l'entretien ou l'écouter. Nous avons donc opté pour une mise en relation ultérieure des expériences de femmes et des professionnels de santé au cours du travail d'analyse. De même, l'élaboration d'une vignette fictive dans laquelle on aurait pu faire varier les paramètres (notamment l'âge et le nombre d'enfants) nous a semblé non pertinente dans le cas de notre recherche. Nous voulions privilégier, dans les échanges avec les professionnels, l'émergence spontanée de questionnements et de thématiques venant d'eux. Ces questionnements auraient pu être distincts de ceux que nous avons identifiés dans le recueil des témoignages de femmes. Par ailleurs, nous avons préféré donner la priorité aux récits de cas concrets rencontrés dans leur pratique.

Nous nous attendions à aborder un sujet controversé et donc à des réactions de débat des soignants interrogés. Cependant, la dimension polémique qui ressort des témoignages de femmes n'a pas été majoritaire au sein des entretiens. Deux soignants sur dix ont dit qu'il s'agissait d'un sujet polémique et de débat. Les professionnels ont dans l'ensemble expliqué que la demande de stérilisation était quelque chose de régulier voire de fréquent dans leur pratique. La majorité des soignants ont dit qu'il ne s'agissait pas d'une pratique qui différait des autres. Cela peut traduire une banalisation de l'acte et une intégration de celui-ci au sein des pratiques (déclarées du moins). Ainsi, on a vu un écart entre la présentation de la stérilisation comme un sujet polémique dans les récits de femmes du fait de son accessibilité jugée restreinte par certaines et la tendance à la banalisation dans les récits des soignants.

Quatre entretiens ont été interrompus par des obligations professionnelles, et trois ont été écourtés. Un autre entretien a été réalisé à distance dans des conditions d'échange non optimales (coupures de réseaux fréquentes du côté du professionnel de santé). Ainsi, nous avons émis des questionnements quant au cadre de réalisation des entretiens. Nous avons laissé les conditions (lieu, horaire, et format d'échange) à l'appréciation du participant. Nous pourrions interpréter le choix de réalisation des entretiens sur le lieu professionnel comme un choix motivé par le temps restreint des soignants du fait de leur activité professionnelle. Le format distanciel a été privilégié par les soignants. Cela pourrait être dû aux avantages logistiques (nul besoin de se déplacer ou de choisir un lieu de rencontre à l'avance). Cependant, pour une future recherche, nous pouvons nous demander s'il ne serait pas favorable d'imposer quelques critères afin d'éviter les écueils que nous avons rencontrés. Par exemple, nous pourrions choisir de ne réaliser que des entretiens en présentiel, et nous pourrions suggérer des horaires en début ou fin de journée professionnelle. Cela pourrait conduire à des entretiens de plus longue durée. L'absence de contrainte temporelle dans le déroulement des entretiens valoriserait une systématisation des questions posées.

Recueil des témoignages de femmes

Le recueil bibliographique des récits de femmes peut soulever des réserves. L'approche bibliographique ne permet pas une standardisation des sujets évoqués et n'offre pas une vue exhaustive d'une même question choisie. En effet, dans leurs récits, les femmes abordent les thématiques de manière spontanée, et de façon plus ou moins approfondie (durées et longueurs très variables d'un témoignage à l'autre et suivant le médium utilisé). Ainsi, l'expression non-guidée des femmes amène à analyser des récits variés et diversifiés. Cependant, cette expression a le mérite de refléter les sujets spontanément abordés par les femmes et ainsi de faire émerger des éléments

auxquels nous n'aurions pas pensé en tant que chercheuse et qui tiennent réellement à cœur aux patientes.

La satisfaction des femmes dans notre revue est unanime. Or, plusieurs soignants avec lesquels nous avons pu discuter nous ont dit avoir rencontré des cas de désir de grossesses post-stérilisation. Ainsi, on peut considérer un éventuel biais de satisfaction et une faible prise de parole des femmes émettant des réserves ou alors ayant changé d'avis.

On peut aisément imaginer que les femmes qui se sont exprimées sur internet, à la télévision et à la radio sur leur expérience de stérilisation volontaire sont celles qui en avaient les moyens, aussi bien matériels (il y a un biais d'exclusion numérique) qu'émotionnels. Ce sont celles qui en ressentaient le besoin et qui avaient la capacité de poser des mots sur leur vécu. Ainsi, on peut noter l'influence de facteurs sociaux dans la prise de parole des femmes au sein de notre revue. Bien que certaines formules sémantiques soient similaires d'un récit à l'autre, le recueil bibliographique empêche l'apport de précision et les relances du chercheur qui permettraient, derrière un même terme, de mettre en évidence des représentations et des significations différentes. Nous avons conscience de ce point lors de la mise en place de la méthodologie et nous nous devons de le rappeler. Ainsi l'analyse des récits de femmes reposait sur l'interprétation et l'analyse du discours disponible sans possibilité de demander davantage de précisions.

Enfin, le travail de synthèse des témoignages de femmes peut être approfondi et discuté dans la mesure où la binarité de retranscription qu'elle met en jeu reste subjective. Le tableau de synthèse des résultats (cf. 1.5) amène à considérer un thème évoqué de manière oui / non alors qu'en réalité il s'agit souvent d'expression plus complexe (évocation d'éléments liés sans forcément citer un terme précis) La présentation des résultats sous forme de tableau synthétique avec le nombre de femmes évoquant un sujet comme nous l'avons fait ne peut se passer du support et de la lecture que constitue la revue des témoignages (références en annexe). Cette lecture permet d'aborder des expériences sans le prisme de critères objectivables tels ceux choisis pour la retranscription des résultats.

Ouverture aux femmes contraintes juridiquement

Notre recherche s'est concentrée sur la stérilisation féminine pour les femmes sans protection de justice. Cependant, un gynécologue nous a expliqué que les femmes sous protection « *c'est plus celles qui (l)'intéressent, c'est à dire celles qui sont sous tutelle ou curatelle renforcées et qui veulent une ligature de trompes* » (E8). Ce gynécologue explique que dans la pratique, les délais d'accès à une contraception définitive pour les femmes sous protection de justice sont bien supérieurs à ceux théoriques indiqués par la loi. Pour lui, l'attente engendrée impacte négativement la vie de ces femmes.

Ainsi, un travail similaire au nôtre pourrait se faire auprès des femmes sous protection juridique et les professionnels en se référant au texte qui légifère dessus, c'est-à-dire l'article L2123-2 du Code de la Santé Publique (40).

4.2 Discussion des résultats

Lien à la vasectomie

Nous avons pu voir dans nos résultats que la vasectomie était liée à la stérilisation féminine dans les pratiques déclarées des professionnels. En effet, la majorité présente la vasectomie aux patientes qui formulent une demande de ligature. Cependant, peu de professionnels disaient s'enquérir de la situation amoureuse ou conjugale de leur patiente. Trois professionnels nous ont également fait part des représentations que pouvaient avoir les patientes et patients quant à la vasectomie. Plusieurs soignants ont expliqué leur souhait de voir les hommes davantage impliqués dans la contraception.

Une recherche qualitative portant sur la vasectomie apporterait sans doute des éléments de précision dans une visée comparative. La HAS a, en 2013, entrepris un État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée (24) pour reprendre le titre de leur document de synthèse. Dans celui-ci, on trouve une démarche double comme la nôtre du point de vue des populations avec une section sur les freins « *du côté des professionnels de santé* » (p.8) et une autre sur ceux « *du point de vue des usagers* » (p.9). Ainsi, dans ce rapport est identifiée dans les « *freins généraux* » (p.13) la clause de conscience concernant les méthodes contraceptives irréversibles. Il est écrit qu'un autre frein réside dans la considération encore majoritaire de la contraception comme « *une affaire de femmes* » (p.13). Ce constat semble étayé par l'état des lieux mondial fait par l'ONU en 2013 (2). La retranscription des résultats de la HAS sous forme de tableau regroupe la vasectomie et la stérilisation féminine sous la dénomination de « *méthodes définitives* ». La retranscription des résultats du rapport de la HAS fait le choix d'une non-distinction des deux méthodes irréversibles masculines et féminine quand bien même celui-ci avait précédemment souligné que la contraception était majoritairement considérée comme « *une affaire de femmes* ». Ainsi, le travail que nous avons réalisé se concentre uniquement sur la contraception *définitive* et *féminine*, donc sur un panel restreint par rapport à celui entrepris dans le rapport de la HAS. Cependant, les résultats de notre travail motivent la réalisation d'un travail semblable sur la contraception définitive masculine. Un tel travail permettrait une compréhension des « *freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée* » (pour reprendre les termes de la HAS) au sein des méthodes irréversibles de manière plus approfondie.

L'observation d'une gynécologue-obstétricienne (E2) et d'une maïeuticienne (E10) d'une augmentation du recours à la vasectomie concorde avec les chiffres de l'Assurance Maladie qui ont été présentés par le journal *Libération* (66) et qui ont montré que cinq fois plus d'hommes avaient eu recours à la vasectomie entre 2010 et 2018. Une interne (E6) avait fait le constat, lors d'un stage en Grande Bretagne, d'une réticence des hommes à avoir recours à la vasectomie. Cette observation en Grande Bretagne pourrait être mise en perspective par la comparaison des données concernant la vasectomie en Grande Bretagne et en France. D'après les chiffres de l'ONU (2), en 2013, la vasectomie représentait la contraception de 21 % des femmes âgées de 15 à 49 ans mariées ou dans une union en Grand Bretagne alors qu'elle représentait la contraception de 0,8 % de ces femmes en France en 2013.

On a vu que huit soignants sur dix mentionnaient la vasectomie à leurs patientes lors d'une demande de stérilisation féminine et que seuls quatre soignants évoquaient la prise en compte de la situation amoureuse ou conjugale de la patiente. Dans les récits de femmes était revendiquée pour plusieurs (cf. Revue) la prise de décision seule de la stérilisation. Certaines expliquaient en avoir informé leur conjoint. Une des femmes de la revue (S1) se disait choquée qu'on lui ait demandé un accord de son conjoint pour accéder à la stérilisation car elle jugeait qu'il s'agissait d'une démarche personnelle. De même, plusieurs femmes expliquaient réaliser cette démarche à titre personnel, indépendamment de leur conjoint actuel. L'information concernant la vasectomie était perçue par certaines femmes comme l'introduction d'un tiers (le conjoint) dans une démarche personnelle. Du côté des soignants, l'information sur la vasectomie se rapproche d'une démarche standardisée, voire-même motivée - pour plusieurs soignants interrogés - par le souhait d'un partage de la charge contraceptive au sein des couples. Plusieurs soignants (de toutes les disciplines en jeu dans notre travail) ont exprimé leur souhait ou leur satisfaction de voir la vasectomie se diffuser dans les pratiques. Enfin, trois soignantes (E4, E7 et E10) ont souligné que la vasectomie était une chirurgie moins lourde que la ligature tubaire. Nous avons pu voir au cours de notre analyse que l'aspect chirurgical était une réticence exprimée par une interne (E5) à accéder aux demandes. On peut se demander dans quelle mesure cette réduction des risques en comparaison à la stérilisation féminine peut jouer dans la prise de décision des patients, des patientes, des gynécologues et des urologues.

Le regret

On peut se questionner sur l'absence d'expression d'une insatisfaction ou de « *regrets* » dans notre revue des témoignages de femmes. Nous utilisons avec précaution ce dernier terme. En effet, nous avons pu noter que la notion de regret post-stérilisation était difficile à appréhender dans les études menées du fait de la diversité des questions posées aux femmes (18), et dont les résultats convergent toutes vers cette notion de *regret*. Cette confusion transparait à travers une revue

systématique de la littérature « Regret following female sterilization at a young age: a systematic review » (55) dont le titre lui-même témoigne de l'amplitude du terme regret. En effet, cette revue se penche sur 19 études parmi lesquelles certaines évaluent le regret post-stérilisation (avec des méthodologies variant d'une étude à l'autre¹³), d'autres les demandes d'informations sur l'inversion de la stérilisation, et d'autres encore le recours à l'inversion de la stérilisation. Par ailleurs, cette revue montre que le regret est corrélé à l'âge de manière négative, à savoir que plus l'âge de la patiente est jeune au moment de sa stérilisation plus elle a de chance de *regretter* son choix¹⁴. Enfin cette revue souligne que la majorité¹⁵ des femmes dans toutes les tranches d'âge ne regrette pas leur décision¹⁶. Ainsi, l'absence de récits de femmes exprimant une insatisfaction quant à la stérilisation pourrait donc simplement s'expliquer par le fait que l'insatisfaction et le « *regret* » restent minoritaires. Enfin, la corrélation montrée dans cette étude entre âge et regret est remise en question par une autre recherche intitulée « Tubal Sterilization in Women Under 30: Case Series and Ethical Implications » (68) qui souligne que les niveaux de preuve des études de la revue sont bas ou intermédiaires. Enfin, les auteurs de la revue d'articles évoquent la possibilité de *regrets* de femmes ne s'étant pas faites stérilisées du fait d'une grossesse non désirée ou d'effets secondaires des méthodes contraceptives. Cela est également abordé par D. Lalonde (18) qui explique qu'il s'agit d'un pan bien moins exploré. D. Lalonde cite tout de même un travail sur le sujet (54) qui tend à montrer que le regret peut être plus important chez les femmes à qui on a refusé la stérilisation que chez celles s'étant faites stériliser.

L'usage de la notion de *regret* n'a pas été majoritaire au sein des entretiens avec les soignants non plus. L'utilisation de ce terme est majoritairement venue étayer le positionnement des femmes dans leurs récits, à savoir celui d'une obsolescence de cette notion. En effet, trois des quatre soignants l'ayant employé l'ont utilisé dans ce sens. On peut se demander si l'usage qui a été fait dans nos entretiens est superposable à celui de l'expression d'un désir de grossesse post-stérilisation ou d'un recours aux méthodes de PMA comme il est question dans certaines études ou s'il recouvre une réalité

¹³ « *Chaque étude posait des questions différentes et définissait le regret de diverses manières. Certaines études ont demandé directement aux femmes si elles regrettaient leur décision de se faire stériliser, tandis que d'autres études ont utilisé des approches moins directes ou une série de questions.* »

¹⁴ « *Dans l'ensemble, les données suggèrent que plus les femmes sont jeunes lorsqu'elles subissent une stérilisation, plus elles sont susceptibles de regretter cette décision, de demander des informations sur l'inversion de la stérilisation, d'obtenir une inversion ou de subir une évaluation en vue d'une FIV.* »

¹⁵ En effet, une étude (67) ayant suivi pendant 14 ans 11 232 femmes stérilisées a montré que le risque cumulé de regret était de 12,7 % dans l'ensemble, de 20,3 % chez les femmes ayant moins de 30 ans lors de leur stérilisation, et de 5,9 % chez les femmes de plus de 30 ans lors de leur stérilisation

¹⁶ « *il est important de noter que la majorité des femmes de tous les groupes d'âge ne regrettent pas leur décision de se faire stériliser* »

plus large. En effet, D.Lalonde (18) insiste sur la confusion quant à l'emploi du mot *regret* dans le cas de la stérilisation contraceptive et montre une différence dans les questions posées aux femmes d'une étude à l'autre. Nous retrouvons la difficulté de l'utilisation de ce terme dans l'interprétation de nos résultats. La difficulté d'appréhender les études sur le *regret* réside également dans leur transposition d'un pays à l'autre. En effet, l'étude « Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the US Collaborative Review of Sterilization » (69) suivant pendant 14 ans 11 232 femmes ayant subi une ligature tubaire semble difficilement transposable tant d'un point de vue géographique que temporel. En France, l'IVG est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, la consultation chez le médecin traitant est remboursée par l'assurance maladie à hauteur de 70 % (70) et depuis janvier 2022, la gratuité de la contraception a été étendue aux femmes de moins de 26 ans¹⁷ (71). La couverture santé diffère de celle aux Etats-Unis. Aux Etats-Unis, en 2005, 15,9% de la population n'était pas assurée, 84,1 % était assurée dont 67,7 % par des assurances privées (72). Par ailleurs, la législation évolue de manière variable d'un état à l'autre aux Etats-Unis. Depuis septembre 2021, la législation interdit au Texas d'avorter après 6 semaines de grossesse. Le projet de loi émis en mai 2022 par la Cour Suprême Américaine laissera le choix aux états d'interdire ou d'autoriser l'IVG. Dans des contextes si différents géographiquement et temporellement parlant, une comparaison des implications du recours à la contraception et notamment à la contraception définitive semble complexe. Cela encourage à renouveler les études sur le regret d'avoir eu recours à la stérilisation ou le regret de ne pas y avoir eu recours à des temps et des endroits différents. Cela rendrait des approches comparatives plus envisageables.

Le *regret* est un terme retrouvé dans plusieurs témoignages de femmes. Son usage, dans les récits des femmes, se réfère à la mention qui serait faite par des soignants d'un éventuel changement d'avis. Dans les récits de femmes, le regret mentionné se réfère donc à des réticences des soignants de l'irréversibilité de la stérilisation. Une praticienne (E7) a évoqué un possible regret de la stérilisation du fait de l'acte chirurgical que cela représente (avec ses risques et ses bénéfices). Cette mention du regret est inédite en comparaison avec celle des témoignages de femmes.

Procréation et non-procréation

Une gynécologue (E2) a expliqué recevoir une demande de stérilisation de la même manière qu'une demande de PMA. Cette démarche de comparaison et de mise à niveau égal du désir de procréation et de non-procréation est un élément que plusieurs auteures mentionnent dans leurs

¹⁷ Cela ne concerne pas les préservatifs internes et externes (féminins et masculins), les spermicides, les anneaux vaginaux, les patchs et les pilules de 3^e et 4^e générations.

travaux et pour lesquelles l'insuffisance participe à « *l'illusion d'une toute puissance procréatrice* » (C.Froidevaux Metterie (20)) du fait d'une priorité donnée dans la recherche et l'innovation à la procréation davantage qu'à la non-procréation (J. Denbow (73)). Dans *Le Corps des femmes : La bataille de l'intime*, C. Froidevaux-Metterie écrit :

« La maternité se présente désormais avec emphase comme un projet que rien ne doit empêcher. La procréation étant un libre choix, elle apparaît comme le plus sublime de tous. Les avancées phénoménales de l'aide médicale à la procréation nourrissent cette aspiration en élargissant toujours l'éventail des solutions au désir d'enfant (...) On ne peut que s'en réjouir mais il faut aussi repérer en quoi ces évolutions entretiennent l'illusion d'une toute puissance procréatrice » (20)

L'expression d'une mise à niveau égal du désir de procréation et de non-procréation par cette gynécologue (E2) pourrait être mise en perspective avec le propos d'une autre gynécologue (E1). En effet, cette dernière (E1) explique proposer la contraception définitive pour ses patientes d'au moins 40 ans, seuil qu'elle justifie par le fait qu'au « *delà de 40 la fertilité commence déjà à être plutôt médiocre* » et que la prise en charge en PMA se réalise jusqu'à 42 ans. On perçoit, à travers ce propos, une intégration de la stérilisation au sein des méthodes contraceptives avec, comme référence, la procréation. En utilisant la procréation comme référence, on peut se demander si cela n'amène pas à en faire un élément normatif, comme l'expliquait C. Froidevaux Metterie (20). La proposition tardive dans la vie d'une femme de la stérilisation était dénoncée par plusieurs femmes dans la revue des témoignages. L'une d'entre elles (S2, T2) expliquait trouver dommage que la stérilisation ne puisse être effectuée que tardivement dans la vie des femmes. Elle voyait un bénéfice d'autant plus grand pour les femmes que la stérilisation offrait un confort sur une période longue.

Nous avons pu voir dans nos résultats que plusieurs soignants avaient effectué des comparaisons avec l'IVG, ce qui tend à montrer une association des deux pratiques. Une interne (E6) avait expliqué avoir rencontré une femme de 24 ans ayant eu une hystérectomie par voie basse, hystérectomie de laquelle elle avait des complications. Cette hystérectomie avait été réalisée du fait d'un non-désir d'enfants de la patiente. L'interne explique que sa patiente avait eu un contact pour cette opération car il y a des « *noms qui se passaient sous le manteau pour aller se faire faire une hystérectomie* ». On voit, dans ce récit, une analogie avec les récits d'avortements clandestins qui avaient lieu avant la loi Veil, loi dont l'argument était la médicalisation de l'acte afin d'éviter des complications dues à des pratiques clandestines. Dans ce cas raconté par cette interne, la légalisation ne semble pas apporter une réponse à la demande de la patiente qui a donc recours à une pratique non officielle. Cela interroge l'accessibilité de cette méthode contraceptive légalisée et soumise à une

clause de conscience, clause qui est exercée par plusieurs médecins avec lesquels on a pu échanger. Cette histoire racontée par cette interne (E6) cristallise un point de tension entre les témoignages de femmes et ceux des professionnels. D'un côté, certaines femmes disent rencontrer des difficultés pour accéder à cette contraception (tel en témoigne le nombre de praticiens rencontré par les femmes dans la revue) tandis que de l'autre côté, plusieurs soignants régulent leur pratique de stérilisation. Toutefois, on note qu'il y a eu un unique récit de ce type sur les dix entretiens réalisés.

Deux médecins (E3, E8) ont mentionné les changements législatifs ayant eu lieu concernant l'IVG (suppression du délai de réflexion et allongement des délais de recours à l'IVG). Il n'y a pas eu de changements législatifs pour la stérilisation contraceptive. Cette absence de changement pourrait signifier deux choses : d'une part l'absence d'éléments à modifier ou bien l'accès limité de la stérilisation au débat législatif et plus encore au débat public.

Le rôle du médecin

Plusieurs soignants ont laissé émerger leur conception de la médecine et du rôle du médecin. Les trois soignantes exerçant au planning familial ont dit explicitement se concevoir comme des informatrices. L'une d'entre elles (E4) a réalisé une comparaison avec sa prise en charge dans les hormonothérapies de transition. Elle a expliqué que l'accompagnement des deux correspondait à un cadre dans lequel le médecin peut décider que ces prises en charge intègrent ses fonctions ou non. En acceptant l'accompagnement des deux (stérilisation et hormonothérapie), on peut percevoir une prise de position de cette soignante. Cela amène à se demander si accéder à une demande de stérilisation correspondrait à une « *médecine des désirs* » (G. Durand (74)) et plus encore si celle-ci serait un « *mal* » pour reprendre l'interrogation de Durand (74). Ce-dernier y répond par la négative en plaçant pour « *une éthique clinique pragmatique et casuistique* » qui évalue « *chaque situation, chaque demande, au cas par cas, dans sa singularité et sans préjugés* ». L'avis exprimé par cette médecin semble s'inscrire dans la visée de Durand et contredire l'opinion d'une « *médecine des désirs* » contre-nature dans le cas de la stérilisation.

Une seule soignante (E7) a expliqué concevoir l'information délivrée aux patientes comme une protection. Elle dit vouloir, à travers l'information, « *les protéger en fait (...) contre moi, contre elles, contre tout ce qui peut leur arriver* ». Dans ce discours, on retrouve la notion de protection qui renvoie à un paternalisme médical. Le fait de vouloir protéger les patientes contre elles-mêmes peut questionner le principe d'autonomie. La définition de l'autonomie de l'Académie Française (75) pourrait alimenter notre réflexion : « *Possibilité de s'administrer librement dans un cadre déterminé* ». A la lumière de cette définition, il semblerait que l'enjeu réside dans le « *cadre* », « *cadre* » qui était évoqué d'ailleurs par la médecin (E4) qui comparait l'hormonothérapie de transition et la stérilisation.

Pour cette médecin (E4), il revenait au médecin d'intégrer ou non ces pratiques dans le cadre de son exercice. Seulement, le cadre était alors conçu uniquement en référence à l'exercice du médecin. Or, la conception de la gynécologue (E7) voulant « protéger » ses patientes par l'information questionne le cadre d'exercice du médecin et le cadre des choix de la patiente. Ainsi, on peut se demander si une « protection » du médecin ne viendrait pas justement restreindre le cadre dans lequel une femme pourrait « s'administrer librement ». La liberté était une des motivations les plus partagées par les femmes dans la revue des témoignages. Plusieurs soignants ont mentionné la libération offerte par la stérilisation : libération de la charge contraceptive et libération sexuelle. Toutefois, aucun soignant n'a intégré cette libération aux missions de leur exercice professionnel.

La prise de décision

Dans les entretiens réalisés, un seul score a été évoqué par un praticien (E8) qui expliquait s'en servir avant la légalisation. Il a expliqué qu'il s'agissait d'un score établi de manière collégiale avec d'autres gynécologues. Aucun score n'a été mentionné par les soignants interrogés. A travers nos entretiens, il semblerait que l'usage du score ne soit plus en vigueur depuis l'instauration de la loi. Cependant, on retrouve dans un article (76) du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français publié en 2006 la mention de « précautions à prendre » qui indiquent qu'« il faut être particulièrement prudent chez les femmes de moins de 35 ans, pour lesquelles le risque de regret est non négligeable. Les aléas de la vie doivent être évoqués avec les patientes, et surtout celles dont la vie en couple n'est pas stabilisée ». Par ailleurs, il y était mentionné un score qui permettrait « de veiller à une bonne décision de stérilisation féminine ». Ainsi, cela vient contredire une disparition totale de score dans la prise de décision post-légalisation. Encore une fois, tous les critères évoqués par les soignants entrant dans leur décision, l'ont été à titre personnel et aucun n'a évoqué de directives extérieures.

Pour ce qui est de la temporalité de la décision, deux soignantes ont expliqué parfois repousser la décision de recourir à une stérilisation. Une d'entre elles (E1) expliquait le faire pour elle, tandis que l'autre (E2) expliquait le faire pour laisser un temps de réflexion supplémentaire à la patiente. Dans la loi il est écrit : « Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive mais il doit informer l'intéressée de son refus dès la première consultation » (1) . Ainsi, le médecin en cas de refus doit l'annoncer dès la première consultation. Cette obligation légale pourrait inciter au « moindre doute » (E1) à refuser. Cependant, on voit que la première gynécologue (E1) préfère différer la prise de décision. On comprend que légalement il serait discutable d'annoncer un refus plus tardivement. Le texte de loi semble imposer une temporalité parfois trop courte de prise de décision aux soignants.

Cela pourrait inciter les praticiens à adopter des réponses a priori, avant même la rencontre avec la patiente.

Récits de soignants et de patientes : quels points communs et quelles divergences ?

Nous avons pu voir dans notre revue des témoignages de femmes l'hétérogénéité des profils de patientes formulant une demande de stérilisation. Cela a été un point souligné par plusieurs professionnels. L'hétérogénéité des profils relatée par les professionnels reposait surtout sur des critères d'âge et de parité. A plusieurs reprises, des soignants ont mentionné des profils opposés sur ces critères là : à savoir une femme considérée jeune et nullipare et une femme ayant des enfants s'approchant de la ménopause. Les exemples donnés par les soignants se sont, pour nombre d'entre eux orientés de la sorte, n'approfondissant pas des situations intermédiaires et pourtant présentes dans notre revue. Plusieurs soignants, essentiellement des gynécologues-obstétriciens et internes en gynécologie-obstétrique (mais pas tous), ont fait part d'une prise en charge différenciée des demandes selon le profil de la patiente et notamment en fonction de l'âge et de la parité. Cette prise en charge différenciée s'est vue aussi bien dans l'accompagnement déclaré de certains praticiens que dans l'issue de leur réponse aux demandes. On retrouve donc une prise en charge différenciée telle que le suggéraient les recommandations de l'INPES, l'ANAES et l'ANSM(51) notamment avec les femmes jeunes ou nullipares.

Nous avons vu que plusieurs femmes mentionnaient le recours qu'elles avaient pu avoir à l'IVG. Dans les recommandations de 2019 (56), on avait vu qu'il était recommandé de s'enquérir du nombre d'IVG et des antécédents contraceptifs de la patiente. La majorité des soignants a expliqué s'enquérir des expériences contraceptives des patientes. En revanche, le recours à l'IVG a essentiellement été mentionné dans les critères établis avant la légalisation par un des gynécologues (E8). Ainsi, nous ignorons si l'expérience contraceptive sur laquelle les soignants portent leur attention comprend également le recours à l'IVG. La mention quasi-systématique de l'expérience contraceptive comme élément entrant en compte dans l'accompagnement ou non vers une contraception définitive semble synergique avec l'expérience et les motivations des femmes. En effet, les femmes expliquaient que l'échec et les effets secondaires des autres méthodes contraceptives les motivaient à se tourner vers la contraception définitive. Nous avons vu qu'une expérience contraceptive étendue des femmes incitait les soignants à proposer la contraception définitive à leurs patientes. L'expérience contraceptive avec d'autres méthodes contraceptives réversibles semble constituer un point de rencontre entre motivations des femmes pour s'orienter vers la contraception définitive et proposition de celle-ci par les soignants à leurs patientes.

Plusieurs entretiens ont montré l'importance accordée par les soignants à la prise de décision d'une stérilisation par la patiente. La maïeuticienne (E10) a expliqué qu'il fallait « *que ce soit un choix réfléchi, raisonné, et mûrement réfléchi, surtout quand elles sont vraiment jeunes* ». De même, une interne a expliqué que ça n'était « *pas une décision qu'on prend à la légère* ». Les témoignages recueillis par les femmes semblent dans l'ensemble répondre positivement à ce point d'attention des soignants. Une majorité de femmes dans notre revue, raconte une démarche vers la stérilisation sur la durée aussi bien du fait d'une réflexion pendant plusieurs mois voire années que du fait de parcours médicaux parfois longs.

Des femmes évoquaient leur expérience de la grossesse et de l'accouchement comme un des facteurs les amenant à se tourner vers la contraception définitive. Nous avons retrouvé cet élément dans les récits des soignants. Plusieurs soignants ont expliqué que des antécédents obstétricaux tels que les césariennes à répétition participaient à une réponse favorable voire même un motif de proposition de cette contraception à des patientes. Dans le récit des soignants, ont essentiellement été évoquées les césariennes et les antécédents obstétricaux jugés « *lourds* » par le corps médical. Une gynécologue avait par exemple parlé des prises en charge en réanimation (E1). On peut donc se demander quel serait le statut d'autres expériences de la grossesse et de l'accouchement. Une femme (S4) dans la revue des témoignages évoquait par exemple sa dépression post-partum, qui l'avait amenée, entre autres, à se tourner vers la contraception définitive. Cet antécédent n'a par exemple pas été mentionné comme un antécédent « *lourd* » par les soignants.

Nous avons vu que dans les recommandations de la HAS en 2019(56), il était conseillé de proposer « *au besoin* » une aide à la prise de décision, aide passant via un professionnel de santé tel qu'un psychologue, psychiatre ou conseiller conjugal. Cette aide avait été décrite par une des femmes de la revue des témoignages (S1). Une autre femme de la revue (S9) avait rencontré la psychologue dans la clinique où elle s'était faite opérer sans que son témoignage n'apporte de précisions sur son positionnement vis-à-vis de cette consultation. Une gynécologue (E7) dans notre recherche a mentionné cette consultation psychologique pour les « *jeunes femmes* ». L'instauration de cette consultation avait été remise en question par un médecin (E4) qui ne la jugeait pas nécessaire au vu de la loi. Ainsi, il semble y avoir aussi bien du côté des femmes que des médecins une opposition à la mise en place d'une consultation psychologique dans le parcours médical vers la contraception définitive féminine. Toutefois, la zone d'ombre laissée dans les recommandations par un « *besson* » non détaillé questionne quant à la mise en place de cette aide. Cette aide doit-elle être une proposition systématique faite aux femmes ? Ou alors doit-elle reposer sur la demande de la patiente ? Cette

consultation doit-elle être ciblée comme évoqué dans le récit de la gynécologue (E7) ? Ainsi, il semble y avoir une pluralité de positionnements sur le sujet aussi bien du côté patient que soignant.

L'accessibilité de la stérilisation contraceptive dans la pratique a été soulevée par les récits de femmes dans la revue des témoignages. Six soignants sur dix ont également évoqué cette question en mettant en comparaison le texte législatif et la pratique. Deux soignants ont explicitement évoqué la dimension et les disparités géographiques dans l'accès à la stérilisation contraceptive. Parmi les soignants évoquant ces enjeux d'accès à cette contraception, plusieurs ont exprimé explicitement ou via le récit de leur pratique des réticences à pratiquer la stérilisation sans autres critères que ceux de la loi. Il semblerait donc que les soignants ont, dans l'ensemble, conscience des difficultés d'accès à la stérilisation contraceptive pour certaines femmes. Toutefois, cette prise de conscience n'a pas amené les soignants à développer ou proposer d'éventuelles solutions pour y remédier.

4.3 Réponse aux hypothèses

	Intitulés des hypothèses
Hypothèse 1	La conception de l'irréversibilité du geste par les soignants influence la place qu'ils accordent à la stérilisation volontaire féminine au sein de leur pratique.
Hypothèse 2	La contraception définitive féminine amène les soignants à travailler de manière pluridisciplinaire.
Hypothèse 3	Il existe une hétérogénéité de réponses des praticiens aux demandes de stérilisation car la prise de décision repose sur la singularité de la patiente et du praticien.

Tableau 15 : Rappel des hypothèses

A l'issue du travail, nous avons obtenu plusieurs éléments de réponses aux hypothèses.

L'irréversibilité de la stérilisation a été appréhendée par les soignants à travers leur expérience professionnelle. Les soignantes n'ayant jamais rencontré de changements d'avis et de recours à la PMA post-stérilisation expriment être favorables à la stérilisation sans restriction autre que le texte de loi. En revanche les soignants ayant rencontré des désirs de grossesses post-stérilisation (directement via leur pratique ou via des témoignages de confrères) adoptent une position moins libérale et s'autorisent dans leur exercice à restreindre leur pratique de la stérilisation. Bien que l'irréversibilité constitue un motif de réticences pour plusieurs soignants interrogés, plusieurs saluent le caractère

définitif de cette méthode contraceptive et tous conçoivent que cette méthode contraceptive peut répondre aux besoins de certaines femmes (ces femmes étant définies de manière variable d'un soignant à l'autre). Notre travail corrobore cette première hypothèse. On peut préciser que la conception de l'irréversibilité par les soignants a été grandement alimentée par des éléments expérientiels et professionnels dans leurs récits. L'irréversibilité a été mise en relation par une majorité de soignants avec un éventuel changement d'avis et un désir de grossesse post-stérilisation.

Nous avons formulé une hypothèse quant au travail pluridisciplinaire des soignants dans la contraception féminine. Nous avons vu que les médecins généralistes et la maïeuticienne interrogées avaient des missions d'adressage au gynécologue chirurgien. Toutefois, il semble abusif de parler de travail pluridisciplinaire étant donné l'absence de retours quant à son action dans la chaîne d'adressage exprimée par une des médecins généralistes. L'autre médecin généraliste a, elle, en revanche, fait part d'une concertation pluridisciplinaire avec ses collègues chirurgiens. Enfin, pour ce qui est des internes et gynécologues-obstétriciens, ils ont dit se situer en fin de chaîne du réseau de soin car les patientes leur sont adressées. Toutefois, aucun d'entre eux n'a évoqué de contact particulier avec les soignants qui effectuaient l'adressage. En ce sens, on ne peut pas vraiment parler de « *travail pluridisciplinaire* » mais davantage de réseau de soin faisant intervenir des soignants de diverses disciplines. Tous les soignants ont dit discuter de la stérilisation contraceptive. Certains ont dit le faire de manière informelle. Une minorité de soignants a dit échanger dans le cadre de réunion collégiales visant à formuler une réponse. Dans ce cadre, on peut parler de travail collectif, quoique la pluridisciplinarité de ces réunions n'a pas été attestée dans les entretiens. Nous avons apporté des éléments de réponse à cette seconde hypothèse. Toutefois, sa formulation ne permet pas de la valider. L'implication de soignants de diverses disciplines dans le parcours des patientes a été soulignée sans pour autant faire ressortir une collaboration étroite entre les différentes disciplines en jeu.

Notre troisième hypothèse était celle d'une hétérogénéité de réponses des praticiens aux demandes de stérilisation du fait d'une prise de décision reposant sur la singularité de la patiente et du praticien. Nous avons retrouvé une hétérogénéité de réponses dans la mesure où certains soignants ont expliqué ne pas concevoir de motifs de refus à une demande de stérilisation effectuée dans le cadre de la loi tandis que d'autres médecins ont expliqué avoir déjà refusé d'accéder à des demandes pour différentes raisons. Ceci dit, l'hétérogénéité des réponses obtenues dans ce travail par les praticiens ne couvre pas l'amplitude de réponses possibles étant donné qu'aucun soignant rencontré a exprimé une opposition systématique à la stérilisation. Nous avons donc eu deux types de réponses : acceptation quelque soit la demande effectuée dans la loi et acceptation en fonction de critères. Parmi les critères, on a pu voir que leur interprétation variait et notamment concernant l'âge. Toutefois,

plusieurs critères ont été redondants parmi lesquels : l'âge, la parité, les antécédents médicaux, le pronostic et les contre-indications à une grossesse et l'expérience contraceptive. Par ailleurs, l'impact joué par ces critères était majoritairement semblable d'un soignant à l'autre. Par exemple, parmi les soignants qui prenaient en compte l'âge, tous ont dit qu'un âge jugé mûr appuyait positivement la demande sauf une seule médecin pour qui cet élément avait pu jouer dans le sens inverse. De même pour la parité, tous les soignants expliquant le prendre en compte, répondent davantage favorablement à la demande lorsque la femme a déjà des enfants. En outre, il existe une hétérogénéité des réponses ne couvrant toutefois pas toute l'amplitude de réponse. On remarque une homogénéité des réponses et conceptions des praticiennes travaillant au planning familial. Enfin, chaque soignant semble répondre en évaluant la situation par des critères choisis individuellement dans la situation de la patiente. On constate que ces critères sont quand même redondants d'un soignant à l'autre. On pourrait résumer les réponses rencontrées dans notre travail par le schéma ci-contre :

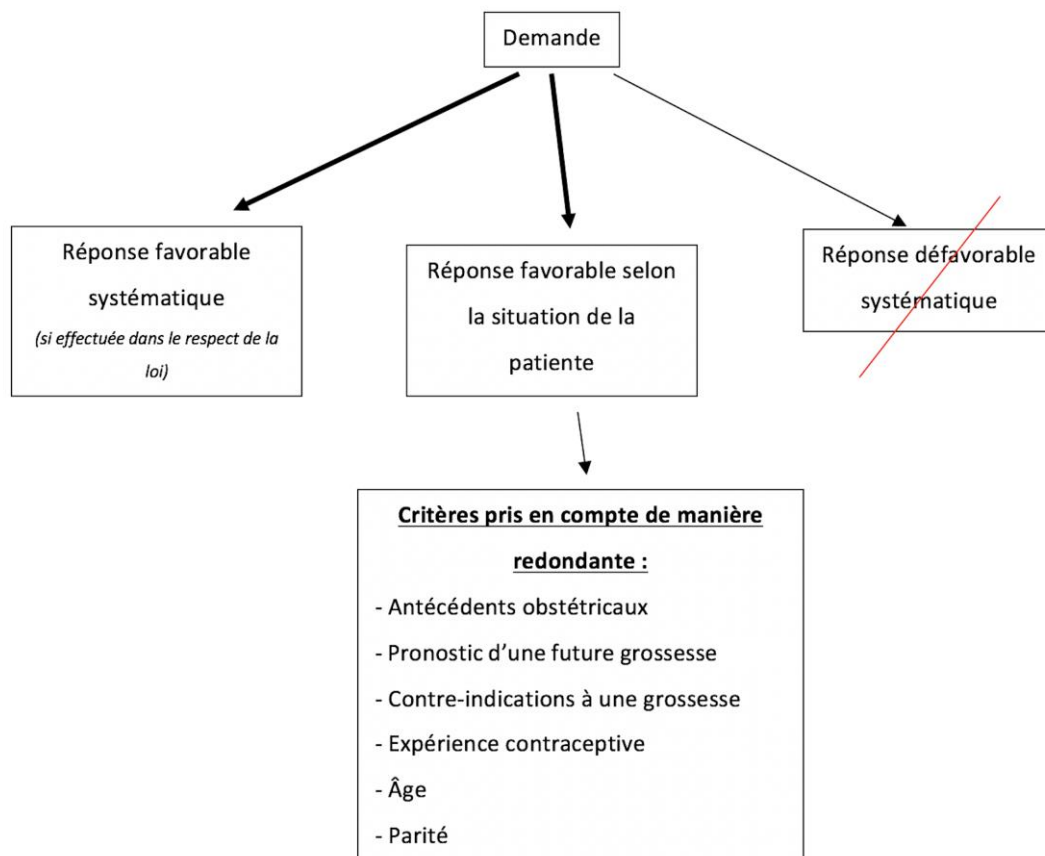


Figure 3 : Modèles de réponses des soignants aux demandes de stérilisation des patientes

Conclusion

La stérilisation volontaire féminine à visée contraceptive est maintenant légale depuis 2001. Toutefois, elle soulève des questionnements éthiques tant du côté patient que médical en ce qu'elle touche directement au corps : celui de la femme. L'absence de chiffres concernant les demandes de stérilisation des femmes limite son évaluation à l'échelle nationale. Nous nous sommes donc retrouvés face au constat d'une pratique restreinte en comparaison à d'autres pays et à l'échelle internationale.

Dans ce travail de recherche, nous avons recensé et analysé des témoignages de femmes françaises sur leur expérience de la contraception définitive. Le travail bibliographique sur les récits de femmes a mis en exergue la variété de patientes voulant recourir à la stérilisation féminine à visée contraceptive aussi bien du point de vue de l'âge, que du nombre d'enfants ainsi que des motivations et des projets de vie. Dans ces témoignages, plusieurs points étaient partagés par les femmes, telle que la conception de la stérilisation comme un gage de liberté. De même, de nombreuses femmes ont exprimé leur crainte d'une grossesse non désirée. Une majorité des femmes disait s'orienter vers la contraception définitive car celle-ci leur semblait être la contraception la plus adaptée à leurs besoins parmi l'ensemble des méthodes contraceptives. Enfin, les femmes ont fait part de parcours très variables au sein du système de santé pour se faire stériliser. De nombreuses femmes ont fait part de difficultés à trouver un praticien accédant à leur demande. La prise de parole des professionnels difficilement accessible sur le sujet nous a amenés à nous tourner vers eux via un dispositif empirique par entretiens semi-dirigés.

Notre dispositif empirique a conduit à échanger avec des soignants de plusieurs disciplines qui avaient tous rencontré des demandes de stérilisation volontaire féminine. Une majorité de soignants a dit que l'accompagnement dans une stérilisation ne différait pas des autres accompagnements dans leur pratique. Une grande partie des soignants a également expliqué présenter la stérilisation masculine comme alternative lors d'une demande de ligatures tubaires. L'irréversibilité de la stérilisation féminine a été considérée comme essentielle dans l'information par de nombreux soignants. L'introduction de cette irréversibilité dans l'information différait d'un soignant à l'autre allant d'une simple mention orale à la proposition d'un exercice réflexif aux patientes. L'irréversibilité de la procédure semble être le point de questionnement voire de réticences pour plusieurs médecins alors que c'est justement le caractère définitif de la stérilisation qui cristallise les attentes des patientes. L'irréversibilité de la stérilisation a été grandement appréhendée dans les récits de soignants

par le prisme expérientiel de la rencontre ou non avec des patientes ayant changé d'avis et souhaitant une grossesse post-stérilisation. La stérilisation s'est révélée être un sujet d'échanges entre confrères dans les récits des soignants. L'importance donnée aux échanges professionnels par les médecins laisse transparaître un besoin réflexif quant à cette pratique. L'accent mis par les professionnels sur l'information médicale et plus globale sur la stérilisation féminine et masculine ouvre des perspectives d'évolution des pratiques. Tous les soignants ont expliqué considérer la stérilisation volontaire féminine comme une méthode contraceptive adaptée pour certaines femmes. Notre dispositif empirique a mis en lumière deux positionnements des soignants : un accès à la stérilisation sur seuls critères de la loi et un accès sur critères établis à l'échelle de l'exercice individuel du médecin. Ces critères établis à l'échelle individuelle varient davantage dans les seuils posés que dans les critères eux-mêmes. Nous avons trouvé des éléments et critères décisionnels de manière transverse dans les récits des soignants : l'âge, la parité, l'expérience contraceptive, le pronostic d'une future grossesse et les antécédents médicaux.

Ainsi, nous avons pu prendre la mesure des réflexions sur le sujet de part et d'autre. Si de nombreuses femmes conçoivent cette contraception comme un gage de « *liberté* », en revanche aucun professionnel n'a fait part d'une conception de son rôle en tant que « *libérateur* ». Ainsi, il semblerait que la stérilisation ne pose pas les mêmes questions et ne représente pas les mêmes enjeux des deux côtés : enjeux personnels du côté des patientes et enjeux professionnels du côté des soignants. Cette disparité d'approche de la stérilisation volontaire féminine se répercute sur les conceptions respectives de part et d'autre de la relation médecin-patiente. La liberté que représente la stérilisation pour les femmes semble être considérée par les femmes comme une maîtrise de leur corps et plus précisément de leur corps procréateur. De l'autre côté, les conceptions des médecins de leur rôle ont été variées dans nos échanges avec les soignants. Plusieurs ont expliqué se concevoir comme des informateurs et non des décisionnaires en termes de contraception. Deux soignants ont expliqué ne pas avoir à modifier les trajectoires de vie des femmes. Plusieurs ont fait part de cas de conscience du fait de l'irréversibilité de cette contraception et parfois même de décalages entre leur opinion et leur pratique. Enfin, une seule soignante a mentionné un rôle protecteur du médecin.

En outre, nous avons pu apporter des éléments de réponses à nos hypothèses. Nous avons vu que la conception de l'irréversibilité de la stérilisation influençait la place accordée à la contraception définitive par les soignants et ce notamment à la lumière de leurs rencontres professionnelles avec des femmes ayant eu une stérilisation. Nous avons vu aussi bien dans les témoignages de femmes que dans les récits des soignants que le parcours médical vers la stérilisation contraceptive impliquait des professionnels de plusieurs spécialités, ayant des rôles distincts. Toutefois, notre travail n'a pas permis

de mettre en lumière un travail collaboratif inter-disciplinaire dans le cadre de la stérilisation volontaire féminine. La revue des témoignages de femmes et les échanges avec les professionnels ont amené à considérer plusieurs réponses des praticiens aux demandes de stérilisation, certaines réponses étant partagées entre praticiens. Plusieurs éléments décisionnels déclarés par les praticiens ont été redondants. Toutefois, les seuils et les interprétations d'un même critère variaient d'un praticien à l'autre mettant en lumière la singularité de la prise de décision et du médecin.

Bibliographie

1. Article L2123-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006687388/
2. United Nations, éditeur. World contraceptive patterns 2013 [Internet]. New York, NY: United Nations; 2013. (Economic and Social Affairs). Disponible sur: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>
3. La contraception dans le monde (2011) [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. [cité 9 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-contraception-dans-le-monde/>
4. LOI n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (1). 2001-588 juill 4, 2001.
5. Article L2212-8 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033865551/
6. Bulletin d'information de l'Ordre national des médecins. La clause de conscience, un principe à préserver. [Internet]. 2013. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2013-03/MEDECINS-28.pdf>
7. Article 47 du code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 20 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/devoirs-patients-art-32-55/article-47-continuite-soins>
8. Article R4127-47 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006912913
9. Bernard-Douchez MH. Les paradoxes de la clause de conscience en droit médical. In: Poirot-Mazères I, éditeur. L'accès aux soins : Principes et réalités [Internet]. Toulouse: Presses de l'Université Toulouse 1 Capitole; 2018 [cité 18 nov 2021]. p. 201-18. (Actes de colloques de l'IFR). Disponible sur: <http://books.openedition.org/putc/342>
10. CCNE. Rapport sur la stérilisation envisagée comme mode de contraception définitive. [Internet]. 1996 avr p. 21. Report No.: 50. Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis050.pdf>
11. United Nations. Contraceptive Use by Method 2019: Data Booklet [Internet]. UN; 2019 [cité 30 mai 2022]. (Department of economic and social affairs). Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210046527>

12. Bajos N, Moreau C, Bohet A, Le Guen M, équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? sept 2012; Disponible sur: https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/19160/pes492.fr.pdf
13. Contraception : Méthode contraceptive pour 100 femmes âgées de 18 à 44 ans [Internet]. Ined - Institut national d'études démographiques. 2018 [cité 30 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/avortements-contraception/principale-methode-contraceptive/>
14. Rahib D, Le Guen M, Lydie N. Baromètre santé 2016 Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent [Internet]. Santé publique france; 2017. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-2016-contraception-quatre-ans-apres-la-crise-de-la-pilule-les-evolutions-se-poursuivent>
15. Insee. Fécondité depuis 1946 [Internet]. Disponible sur: <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/naissance-fecondite/age-moyen-maternite/>
16. Insee. Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 - Insee Première - 1642. Insee Prem [Internet]. mars 2017 [cité 2 juin 2022];(1642). Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>
17. de La Rochebrochard É. 1 enfant sur 30 conçu par assistance médicale à la procréation en France: Popul Sociétés. 1 juin 2018;N° 556(6):1-4.
18. Lalonde D. Regret, shame, and denials of women's voluntary sterilization. Bioethics. juin 2018;32(5):281-8.
19. Mertes H. The role of anticipated decision regret and the patient's best interest in sterilisation and medically assisted reproduction. J Med Ethics. 2017;43(5):314-8.
20. Froidevaux-Metterie C. Le corps des femmes: la bataille de l'intime. Paris: Philosophie magazine éditeur; 2018. 157 p.
21. Natalité et fécondité dans l'Union européenne [Internet]. Insee. 2022 [cité 2 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381396>
22. Debest C, Mazuy M, l'équipe de l'enquête Fecond. Rester sans enfant : un choix de vie à contre-courant: Popul Sociétés. 3 févr 2014;N° 508(2):1-4.
23. Debest Charlotte. Le choix d'une vie sans enfant. [Rennes]: PUR; 2014. (<<Le >>sens social).
24. HAS. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée [Internet]. 2013 avr p. 50. Disponible sur: https://webzine.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-05/contraception_freins_reco2clics-5.pdf
25. HAS. Méthodes contraceptives :Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles. 2013 mars.

26. HAS. Anastomose Tubo-Tubaire par coelioscopie ou laparotomie. 2008 juin.
27. Aubert-Marson D. Les politiques eugénistes aux Etats-Unis dans la première moitié du XXe siècle. *médecine/sciences*. 1 mars 2005;21(3):320-3.
28. Définition de EUGÉNISME [Internet]. CNRTL. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/eug%C3%A9nisme>
29. Baudry C. Histoire de l'eugénisme [Internet]. *Le Monde*. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2003/02/10/histoire-de-l-eugenisme_308747_3224.html
30. Stern A. Forced sterilization policies in the US targeted minorities and those with disabilities – and lasted into the 21st century [Internet]. Institute for health care policy and Innovation. University of Michigan. [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: <https://ihpi.umich.edu/news/forced-sterilization-policies-us-targeted-minorities-and-those-disabilities-and-lasting-21st>
31. Perbal L. Génétique humaine et eugénisme anglo-saxon au début du 20ème siècle ou comment la génétique réclame son indépendance. *Bull D'histoire Epistémol Sci Vie*. 2011;18(1):41-59.
32. Bachelard-Jobard C. L'eugénisme, la science et le droit [Internet]. Presses Universitaires de France. 2001. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/--9782130522508-page-63.htm>
33. Muller-Hill B. Science nazie, science de mort. L'extermination des Juifs, des Tziganes et des malades mentaux de 1933 à 1945. [Internet]. Vol. 1. Paris: Odile Jacob; 1989 [cité 21 mai 2022]. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/bmsap_0037-8984_1989_num_1_1_1709_t1_0158_0000_1
34. Zylberman P. Eugénique à la scandinave : le débat des historiens. *médecine/sciences*. oct 2004;20(10):916-25.
35. Terrenoire G. L'eugénisme en France avant 1939. *Rev Hist Shoah*. 2005;183(2):49-67.
36. Giami A, Lavigne C. La stérilisation des femmes handicapées mentales et le « consentement libre et éclairé ». In: *Stériliser le handicap mental ?* [Internet]. Érès; 1998 [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/steriliser-le-handicap-mental--9782865865840-page-69.htm>
37. Moysse D. 48. Eugénisme et périnatalité. In: *Psychiatrie et psychopathologie périnatales* [Internet]. Dunod; 2017 [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-419.htm>
38. Favereau E. Stérilisation: le non-droit sort du non-dit. En Gironde, une étude montre qu'une handicapée mentale sur trois est stérilisée. [Internet]. *Libération*. 1996 [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/vous/1996/05/15/sterilisation-le-non-droit-sort-du-non-dit-en-gironde-une-etude-montre-qu-une-handicapee-mentale-sur_171575/
39. Branger B, Philippe D. La stérilisation définitive chez la femme est-elle un soin ? In: *Philosophie*

du soin Santé, autonomie, devoirs. Vrin. 2019. p. 89-105.

40. Article L2123-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 17 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721178

41. Ventola C. Prescrire un contraceptif : le rôle de l'institution médicale dans la construction de catégories sexuées. Genre Sex Société [Internet]. 1 déc 2014 [cité 1 juin 2022];(12). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/gss/3215#ftn8>

42. Vote définitif de la loi Neuwirth autorisant la contraception en France [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.gouvernement.fr/partage/9837-50e-anniversaire-du-vote-de-la-loi-neuwirth>

43. Usclade C. Légalisation de la stérilisation à visée contraceptive Un changement de paradigme « avorté » ? SciencesPo;

44. Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception. Stérilisation à visée contraceptive La loi du 4 juillet 2001 quel changement ? [Internet]. [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: <http://www.avortementancic.net/spip.php?article58>

45. Académie Nationale de Médecine, CNOM. Communiqué commun sur la stérilisation chirurgicale [Internet]. 2000 [cité 1 juin 2022]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/D_PAGES/MDIR_04.html

46. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme

47. définition « Pomeroy (technique de) » [Internet]. Académie Nationale de Médecine. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php?q=Pomeroy%20%28technique%20de%29>

48. Planification familiale/Contraception [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

49. DGS. Livret d'information : Stérilisation à visée contraceptive [Internet]. Ministère des solidarités et de la santé; 2017. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_sterilisation_2017_bd.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab2000e68fc700b0d3dd717cfe2d3c9cbd0d38a83941bd911279d2a27ca36c727e42a0087343561414300027060945256d4cdbf4fab10a6ff48827fcb42d7b923fc5d61d84d5ebd68aad9846645d8ea6aa7983f9719c45bcd7bf41

50. Dossier thématique - Surveillance de l'implant de stérilisation - ANSM [Internet]. Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé. [cité 29 mai 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/surveillance-de-limplant-de-sterilisation-definitive->

essure

51. ANAES, INPES, ANSM. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis La Plaine; 2004.
52. HAS. fiche mémo : Conduite pratique de la contraception chez l'homme et chez la femme. 2013;249.
53. Thurman A, Janecek T. One-year follow-up of women with unfulfilled postpartum sterilization requests. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1071-7.
54. Davidson A, Philiber S, Graves W, Rulin M, Cushman L. Sterilization decision making and regret: The determinants and consequences of unfulfilled sterilization plans. 1990; Annual Meeting of the Population Association of America.
55. Curtis KM, Mohllajee AP, Peterson HB. Regret following female sterilization at a young age: a systematic review. *Contracept Stoneham.* 2006;73(2):205-10.
56. HAS. Stérilisation à visée contraceptive chez l'homme et chez la femme : Recommandation de bonne pratique [Internet]. 2019 [cité 18 nov 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1752765/fr/sterilisation-a-visee-contraceptive-chez-l-homme-et-chez-la-femme
57. Notre association, son historique | Le planning familial [Internet]. Le planning familial. [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-de-lisere-38/notre-association-son-historique-439>
58. Journal Français de la République Française [Internet]. 1920 août. Report No.: 208. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/secure/file/NXUfgk763!QsKXbuuKJp>
59. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [Internet]. Armand Colin. 2012 [cité 22 mai 2022]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.ezproxy.u-paris.fr/l-analyse-qualitative-en-sciences-humaines--9782200249045-page-231.htm>
60. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. (15 Hors série):435-452.
61. Guyard L. La médicalisation contemporaine du corps féminin : le cas de la consultation gynécologique [Internet] [Theses]. Université Paris X - Nanterre; 2008 [cité 6 janv 2022]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-03466437>
62. Démographie inquiétante des gynécologues médicaux en France - Sénat. Question écrite n° 24116 de Mme Françoise Dumont [Internet]. Sénat; 2021 août [cité 18 mai 2022] p. 4801. Disponible sur: <https://www.senat.fr/questions/base/2021/qSEQ210824116.html>
63. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie médicale et santé des femmes. Quel avenir pour la France ? Eska. 2000.
64. Avortement aux Etats-Unis : un retour en arrière de la Cour suprême serait « l'aboutissement » de cinquante ans de « combat de la droite religieuse contre l'IVG ». *Le Monde.fr* [Internet]. 7 mai 2022

- [cité 17 mai 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/international/article/2022/05/07/avortement-aux-etats-unis-un-retour-en-arriere-de-la-cour-supreme-serait-l-aboutissement-de-cinquante-ans-de-combat-de-la-droite-religieuse-contre-l-ivg_6125107_3210.html
65. Bakaloglou S, Vicq C. Droit à l'avortement : la Pologne et l'Argentine, deux pays qui suivent des chemins totalement opposés [Internet]. Franceinfo. 2022 [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/le-club-des-correspondants/droit-a-l-avortement-la-pologne-et-l-argentine-deux-pays-qui-suivent-des-chemins-totalement-opposes_5094559.html
66. Deborde J. Vasectomie : une pratique de plus en plus féconde. Libération [Internet]. 09 2019 [cité 13 mai 2022]; Disponible sur: https://www.liberation.fr/france/2019/09/26/vasectomie-une-pratique-de-plus-en-plus-feconde_1753518/
67. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB. Poststerilization regret: findings from the United States collaborative review of sterilization. *Obstet Gynecol*. 1 juin 1999;93(6):889-95.
68. Ehman D, Costescu D. Tubal Sterilization in Women Under 30: Case Series and Ethical Implications. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC*. janv 2018;40(1):36-40.
69. Schmidt JE, Hillis SD, Marchbanks PA, Jeng G, Peterson HB. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. collaborative review of sterilization. *Fertil Steril*. 2000;74(5):892-8.
70. Rôle du médecin traitant et parcours de soins coordonnés [Internet]. Ameli. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>
71. Contraception gratuite pour les femmes de moins de 26 ans depuis le 1er janvier 2022 [Internet]. service public. [cité 24 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15158>
72. Cochu S, Lequet-Slama D. Le système d'assurance santé aux Etats-Unis - Un système fragmenté et concurrentiel. :8.
73. Denbow J. Sterilization as Cyborg Performance: Reproductive Freedom and the Regulation of Sterilization. *Front Boulder*. 2014;35(1):107-31.
74. L'autonomie à l'épreuve du soin. Nantes: Editions Cécile Defaut; 2015. 211 p.
75. Académie Française. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. [cité 31 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9A3281>
76. Lopes P. Extrait des Mises à jour en Gynécologie Médicale. La stérilisation tubaire Indications, techniques, résultats et conséquences. *Collège Natl Gynécologues Obstétriciens Fr*. 29 nov 2006;34(5):513.

Table des figures

Figure 1 : Chronologie législative concernant la contraception et l'avortement

Figure 2 : Carte de France indiquant le nombre de professionnels (participants) par région

Figure 3 : Modèles de réponses des soignants aux demandes de stérilisation des patientes

Table des tableaux

Tableau 1 : Méthodes contraceptives utilisées par les femmes entre 15 et 49 ans en France métropolitaine, ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne voulant pas d'enfant.

Tableau 2 : Part de la stérilisation dans les méthodes utilisées par les femmes selon la tranche d'âge (résultats tirés de l'étude Fecond 2010)

Tableau 3 : Chiffres de l'INED sur l'utilisation de la stérilisation contraceptive par les femmes de 18 à 44 ans utilisant une méthode contraceptive ou n'en utilisant pas et n'étant ni stériles, ni enceintes, ayant des rapports sexuels et ne cherchant pas à concevoir . (chiffres mis à jour en mai 2018)

Tableau 4 : Part de la stérilisation (féminine et masculine) dans les méthodes contraceptives utilisées par les femmes entre 15 et 49 ans en 2016

Tableau 5 : Âge moyen des mères en France entre 1980 et 2020 (chiffres Insee)

Tableau 6 : Résultats du recueil des témoignages de femmes

Tableau 7 : Thématiques abordées par les femmes dans le recueil des témoignages

Tableau 8 : Relations exprimées par les femmes avec le corps médical dans le cadre de la stérilisation contraceptive

Tableau 9 : Sources et formats du recueil des récits de femmes

Tableau 10 : Entretiens réalisés selon la spécialité des professionnels de santé

Tableau 11 : Méthodologie de la prise de contact

Tableau 12 : Fréquence à laquelle les praticiens estiment se trouver - à titre individuel ou au sein de la structure d'exercice - confrontés à la question de la stérilisation volontaire féminine à visée contraceptive (estimation en nombre de demandes ou en nombre d'actes effectués).

Tableau 13 : Fréquences de demandes de contraceptions définitives observées par les soignants

Tableau 14 : Eléments incitant les soignants à évoquer la contraception définitive avec leurs patientes en dehors des demandes.

Tableau 15 : Rappel des hypothèses

Annexes

Annexe 1 : Références des témoignages de femmes

La numérotation des sources bibliographiques correspond à celle dans la revue des témoignages de femmes. Cependant, lorsqu'une source est à l'origine de plusieurs témoignages, ceux-ci ont été analysés dans le même ordre que celui de la source (aussi bien pour des sources au format écrit qu'au format audio ou visuel). Par exemple le deuxième témoignage de la 11ème source correspond à la numérotation dans la revue des témoignages S11,T2 :

- 1) France Culture. Mon corps m'appartient : la stérilisation volontaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/mon-corps-mappartient-la-sterilisation-volontaire>
- 2) France Culture. Stérilisation volontaire [Internet]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/emissions/les-pieds-sur-terre/sterilisation-volontaire-0>
- 3) Contraception définitive : pourquoi j'ai décidé de me faire stériliser ? - Magicmaman.com [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.magicmaman.com/,contraception-definitive-pourquoi-j-ai-decide-de-me-faire-steriliser,948,2041716.asp>
- 4) Captain M. [Témoignage] Enfin stérile ! [Internet]. Madame Captain. 2020 [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://madamecaptain.com/temoignage-enfin-sterile/>
- 5) Cindy, 26 ans, a choisi la stérilisation volontaire, elle raconte... [Internet]. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.journaldesfemmes.fr/societe/combats-de-femmes/2516647-cindy-26-ans-a-choisi-la-sterilisation-volontaire-temoignage/>
- 6) La stérilisation contraceptive : un choix encore méconnu et parfois incompris [Internet]. TV5MONDE. 2015 [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://information.tv5monde.com/terriennes/la-sterilisation-contraceptive-un-choix-encore-meconnu-et-parfois-incompris-45474>
- 7) Podcast : Boit L. Môme - Stérilisation volontaire. (Môme).

- 8) Childfree depuis toujours, j'ai décidé de me faire stériliser [Internet]. Madmoizelle. 2021 [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.madmoizelle.com/childfree-depuis-toujours-jai-decide-de-me-faire-steriliser-1120747>
- 9) Quentin O. Nantes : ces jeunes femmes qui se font stériliser [Internet]. France 3 Pays de la Loire. [cité 18 déc 2021]. Disponible sur: <https://france3-regions.francetvinfo.fr/pays-de-la-loire/loire-atlantique/nantes/nantes-ces-jeunes-femmes-qui-se-font-steriliser-1763891.html>
- 10) Ça commence aujourd'hui. Sûre de ne pas vouloir d'enfant, elle s'est fait stériliser [Internet]. 2021 [cité 18 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=yxRjNoh-Nrl>
- 11) Elles ont choisi la contraception définitive - Elle [Internet]. elle.fr. 2013 [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.elle.fr/Societe/Les-enquetes/Elles-ont-choisi-la-contraception-definitive-1635048>
- 12) Malki C. Sans enfant, j'ai dû me battre pour pouvoir me faire stériliser [Internet]. Le Huffington Post. 2019 [cité 18 déc 2021]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/entry/sans-enfant-jai-du-me-battre-pour-pouvoir-me-faire-steriliser_fr_5dcacf3ce4b00927b23a09b8
- 13) Bonnet P, Beaufile G, Cristien R. Je ne veux pas d'enfant. Envoyé spécial. 2021.
- 14) Allo Docteurs. Le tabou de la stérilisation féminine - Le Magazine de la santé [Internet]. 2015 [cité 18 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=XBUHdtnogd0>
- 15) La maison des Maternelles J'ai choisi de ne jamais avoir d'enfants [Internet]. 2022 [cité 11 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.france.tv/france-2/la-maison-des-maternelles/3067325-emission-du-vendredi-11-fevrier-2022.html>
- 16) La ligature des trompes -Mon expérience [Internet]. LifeByGirls. 2021 [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.lifebygirls.com/la-ligature-des-trompes-mon-experience/>
- 17) Témoignage : « J'ai choisi de me faire ligaturer les trompes à l'âge de 33 ans » [Internet]. Parole de mamans. 2019 [cité 21 févr 2022]. Disponible sur: <https://parolede mamans.com/ma-vie-de-maman/actualites-ma-vie-de-maman/temoignage-jai-choisi-de-me-faire-ligaturer-les-trompes-a-lage-de-33-ans>

Annexe 2 : Protocole déposé au comité d'éthique

Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

Formulaire de demande d'avis au Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

N° enregistrement du dossier	reçu par CERAPHP Centre le :
Titre de l'étude	

Au sein du panel contraceptif, quelle place les gynécologues accordent-ils à la stérilisation volontaire féminine ?

Investigateur principal

Nom Prénom : Dupont Jean-Claude

Structure : Université de Paris

Fonction :

Service / UF :

Pôle :

Numéro de téléphone : [REDACTED]

Email : [REDACTED]

Login APH :

Co-Investigateur (facultatif)

Nom Prénom : Touretz Elsa

Structure : Université de Paris

Fonction : étudiante en Master 2 de recherche en éthique

Service / UF :

Pôle :

Numéro de téléphone : [REDACTED]

Email : [REDACTED]

Login APH :

Médecin ou Pharmacien thésé ou non qui aura aussi accès aux données. Par exemple un interne

Merci de contacter demandes.cdw@egp.aphp.fr pour vérifier que les patients concernés par votre recherche ne se sont pas opposés à la réutilisation de leurs données pour la recherche
Les investigateurs s'engagent à faire un résumé grand public des résultats de leur recherche à destination des patients qui sera diffusé via un portail de transparence.

Cette recherche n'est pas une recherche impliquant la personne humaine: OUI NON

Prévoit-elle l'utilisation d'échantillons biologiques humains : OUI / NON

Déclaration au DPO (délégué à la protection des données) de l'institution : OUI NON

Date de la demande :	07/02/2022
Signature obligatoire de l'investigateur principal.	

Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

Formulaire de demande d'avis au Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

Accord du chef de service de l'investigateur principal	
Nom Prénom	Mamzer Marie-France
Service	Laboratoire ETRES
Signature obligatoire	

Partenaires associés	
Nom Prénom : Michon Marie	Service / UF :
Email : ██████████	Pôle :
Nom Prénom :	Service / UF :
Email :	Pôle :
Nom Prénom :	Service / UF :
Email :	Pôle :
Nom Prénom :	Service / UF :
Email :	Pôle :
Nom Prénom :	Service / UF :
Email :	Pôle :
Nom Prénom :	Service / UF :
Email :	Pôle :

Les Partenaires associés n'auront pas d'accès aux données mais ils seront informés par email de la décision de CERAPHP Centre avec l'envoi de ce document.

Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

Formulaire de demande d'avis au Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

Résumé de l'étude

Une page minimum et maximum

Contexte de l'étude :

La loi du 4 juillet 2001 (Loi n°2001-588 - art. 26) accorde le droit pour une personne majeure qui a « exprimé une volonté libre, motivée et délibérée » d'accéder à la stérilisation et précise néanmoins qu'« un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive ». A partir de ce texte de loi, nous avons décidé d'investiguer cette ambiguïté à travers une réflexion éthique et sous un angle de recherche absent de la revue de la littérature : celui des professionnels de santé.

Objectif principal de l'étude :

A travers cette étude, nous nous proposons d'étudier la place de la stérilisation volontaire féminine au sein du panel contraceptif par un travail empirique auprès des gynécologues.

Période de l'étude :

L'étude se déroulera de février à mai 2022

Critères d'inclusion /non inclusion :

Il est prévu d'inclure des gynécologues issus des spécialités gynécologie médicale et gynécologie obstétrique ainsi que des internes des deux spécialités. Nous recruterons des gynécologues exerçant en milieu hospitalier, en milieu libéral ainsi que dans les centres du planning familial. L'inclusion des professionnels libéraux se fera via l'annuaire public de l'assurance maladie, celle des praticiens hospitaliers se fera par un mailing adressé à leur service.

Type d'étude (observationnelle/ interventionnelle ; monocentrique/multicentrique, etc.) :

Il s'agit d'une étude qualitative (entretiens auprès des gynécologues)

Méthodologie (5 lignes minimum) :

Pour répondre à la question de recherche, nous nous proposons de procéder à des entretiens auprès de gynécologues. Ces échanges seront guidés par la trame d'entretien (semi-dirigé) jointe en annexe. Dans le cadre d'une démarche de recherche qualitative, cette trame peut être révisée en cas d'éléments nouveaux au cours des premiers entretiens. Les entretiens seront ensuite retranscrits afin d'être analysés. A travers ceux-ci nous chercherons des éléments de réponse à nos hypothèses de recherche qui sont les suivantes :

- Le jeune âge des patientes constitue un frein pour les praticiens car celles-ci sont exposées à un plus grand risque de regret d'après la littérature scientifique
- Les réticences des praticiens viennent en partie du caractère irréversible du geste alors qu'il existe des alternatives contraceptives réversibles
- En refusant de pratiquer ce geste, le praticien exerce une liberté qu'il estime de légitimité au moins égale à celle de la patiente d'avoir recours à ce geste.
- L'interdépendance des praticiens des deux spécialités gynécologiques constitue un enjeu d'accès à la stérilisation volontaire

Variables extraites pertinentes pour ce projet :

Les variables extraites seront des données qualitatives concernant le vécu professionnel des gynécologues. Comme le guide d'entretien fourni en annexe le montre, elles répondent a priori à 4 thématiques : demande et besoin des patientes, formation des soignants, choix et prise de décision et réseau professionnel.

Circuit des données (concerne le devenir des données à partir de leur extraction, jusqu'à leur suppression (lieu de stockage, moyens de sécurisation, etc.) :

Sous réserve de l'accord des gynécologues, les entretiens seront enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils seront interprétés par l'étudiant avec l'aide éventuelle d'un ou plusieurs membres de l'équipe pédagogique du master. Les données du dictaphone seront ensuite stockées sur un ordinateur protégé par un mot de passe et l'accès au fichier sera lui aussi restreint par un code. Par ailleurs, les données seront stockées sur une clé USB cryptée.

Résultats attendus : (si applicable)

A terme, nous attendons de l'analyse thématique des entretiens un éclairage sur les hypothèses précédemment citées dans l'explication méthodologique.

Références clés (1 à 3):

- Le recueil des expériences de femmes réalisé tout au long du mémoire (récits publiquement accessibles sur internet)

- Loi n°2001-588 du 4 juillet 2001 - art. 26

Il s'agit du texte de loi qui précise les modalités d'accès à la stérilisation volontaire.

Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

Formulaire de demande d'avis au Comité des Recherches non CPP (CERAPHP Centre)

Informations complémentaires relatives à l'étude

Une page minimum et maximum

Finalité de l'étude (pour quelle application à plus long terme) :

L'étude est réalisée dans le cadre d'un enseignement de recherche en master. La finalité première est donc pédagogique. Cependant, au delà de celle-ci, nous espérons apporter par ce travail un angle de vue innovant sur le sujet de la stérilisation volontaire pour les futurs lecteurs du mémoire.

Entité morale responsable du traitement:

L'Université de Paris est l'entité morale responsable du traitement

Personne physique responsable du traitement :

Jean-Claude Dupont, Marie Michon et Elsa Touretz

Catégories de données traitées :

Il s'agit de données qualitatives (entretiens semi-dirigés enregistrés)

Durées de conservation des données utilisées :

Les données enregistrées seront conservées sur une durée de 5 ans après le dépôt du mémoire. En cas de publication durant ces cinq années, les données seront conservées durant les 2 années suivant la publication (conformément à la méthodologie de référence MR-004)

Destinataire(s) des données traitées (ex : sous-traitants, partenaires accédant aux données, etc.) :

Le traitement des données se fera par l'étudiant de master réalisant le mémoire. Elles pourront être discutées avec les directeurs de mémoire et éventuellement avec des membres de l'équipe pédagogique du master également membres du laboratoire ETRES

Est-il prévu qu'une information individuelle soit délivrée auprès des participants ? De quelle manière ?

(Merci de bien vouloir joindre aux documents envoyés les éventuels formulaire de consentement et/ou lettre d'information.)

Une information individuelle sera délivrée au cours de la prise de contact avec les professionnels (en l'occurrence les gynécologues). La participation à l'entretien vaudra comme consentement à l'étude. Cependant, un accord oral en début d'entretien sera systématiquement demandé concernant l'enregistrement de celui-ci.

Vous trouverez joint en annexe le mail de contact avec les gynécologues

Annexe 3 : Trame d'entretien

- Remerciements de participation à l'échange
- Demande de l'accord pour l'enregistrement
- Début de l'échange :
 - **Comment en êtes vous arrivé à une activité gynécologique ? / Quel a été votre parcours ?**

J'aimerais échanger avec vous sur ce qu'on appelle la stérilisation volontaire féminine

- **Est-ce que vous avez déjà rencontré une demande de stérilisation volontaire féminine dans votre pratique ?**
Si non : suivre, les modifications en rouge
Si oui : à quelle fréquence ?
- **Quelle information donnez-vous aux patientes concernant cette méthode contraceptive ?**
- **Qu'est-ce qui aiguille(rait) votre réponse à une demande ?**
Relance : Si je formulais une demande de stérilisation volontaire féminine, comment y répondriez-vous?
- **Vous est-il arrivé de proposer cette contraception à une patiente ?**
- **Vous est-il arrivé de refuser une demande de stérilisation volontaire ?**
Relance possible : Qu'est-ce qui ne vous mettait pas à l'aise dans ce choix contraceptif ?
- **Quelles méthodes contraceptives évoquez vous avec vos patientes ?**
- **Est-ce que la stérilisation volontaire est un sujet dont vous discutez entre confrères ?**
Si oui : Sur quoi portent ces échanges ?
- **Quelle formation avez-vous eue sur la stérilisation volontaire féminine ?**
- **Quelle est votre place dans le réseau de soin et le parcours médical de la patiente avec une demande de contraception définitive ?**
- **Est ce que la prise de décision et l'accompagnement dans une contraception définitive diffère des autres prises de décision et accompagnements dans votre pratique ?**
- **Avez-vous quelque chose à ajouter ?**

Annexe 4 : Mail de contact auprès des professionnels

Cas 1 : médecin libéral / médecin hospitalier / maïeuticiens

Bonjour Dr. ,// Bonjour Madame/Monsieur,

Je suis étudiante en médecine et je réalise cette année un master 2 de recherche en éthique à l'Université de Paris. Dans ce cadre, mon travail de recherche porte sur la place de la stérilisation volontaire féminine au sein des méthodes contraceptives.

Je souhaiterais m'entretenir avec des gynécologues et internes des spécialités *gynécologie médicale* et *gynécologie-obstétrique* ainsi que des sages-femmes exerçant en milieu libéral ou hospitalier afin de recueillir leur expérience et leur vision du sujet. Si vous êtes d'accord et disponible pour échanger, nous pouvons fixer un rendez-vous à votre convenance en mars ou avril à un moment que vous choisirez en fonction de vos consultations.

Un grand merci pour votre précieuse aide
Bien cordialement

Elsa Touretz
Contact :

Cas 2 : chef de service / secrétariat du service / secrétariat du planning familial

Bonjour Pr. / Bonjour Mme/ M.

Je vous écris concernant mon projet de recherche. Vous serait-il possible de communiquer aux gynécologues et aux internes le message suivant s'il-vous-plaît :

Je suis étudiante en médecine et je réalise cette année un master 2 de recherche en éthique à l'Université de Paris. Dans ce cadre, mon travail de recherche porte sur la place de la stérilisation volontaire féminine au sein des méthodes contraceptives.

Je souhaiterais m'entretenir avec des gynécologues et internes des spécialités *gynécologie médicale* et *gynécologie-obstétrique* exerçant en milieu hospitalier, en libéral ou au planning familial afin de recueillir leur expérience et leur vision du sujet. Si vous êtes d'accord et disponible pour échanger, nous pouvons fixer un rendez-vous à votre convenance en mars ou avril à un moment que vous choisirez en fonction de vos consultations.

Un grand merci pour votre précieuse aide
Bien cordialement

Elsa Touretz
Contact :

Annexe 5 : Lettre d'information aux participants de la recherche

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un mémoire de master 2 d'éthique à l'Université de Paris, je mène une recherche qui vise à interroger la place de la stérilisation volontaire féminine au sein des méthodes contraceptives.

Objectif de la recherche

La loi du 4 juillet 2001 (Loi n°2001-588 - art. 26) accorde le droit pour une personne majeure qui a « exprimé une volonté libre, motivée et délibérée » d'accéder à la stérilisation et précise qu'« un médecin n'est jamais tenu de pratiquer cet acte à visée contraceptive ». A travers des entretiens ainsi qu'une réflexion éthique, j'aimerais donc explorer les enjeux autour de la stérilisation volontaire féminine.

Modalités de participation à la recherche :

Cette recherche qualitative repose sur la réalisation d'entretiens auprès de sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes et internes exerçant dans des centres du planning familial, en milieu hospitalier ou libéral.

La durée des entretiens pourra varier entre 20 minutes et 1 heure. J'espère que six à douze professionnels accepteront d'y participer. Ces entretiens se dérouleront en mars et avril 2022 et seront réalisés par moi-même étudiante de master. Ils auront lieu dans un endroit indiqué par le professionnel de santé et propice à des conditions calmes et de confidentialité (lieu d'exercice professionnel de préférence).

Accord à la recherche :

Toute personne a le droit de refuser de participer à la recherche à tout moment et sans aucun préjudice. La réalisation et l'enregistrement de l'entretien seront soumis à un accord oral du participant en début d'entretien.

Confidentialité des données :

Sous réserve de l'accord oral du participant en début d'entretien, l'entretien sera enregistré à l'aide d'un dictaphone. Les données enregistrées seront anonymisées lors de la retranscription manuelle des entretiens. Le traitement des données sera réalisé par l'étudiante avec l'aide de son directeur de

mémoire, ce dernier n'aura accès qu'à la retranscription et non aux enregistrements. Les enregistrements seront détruits une fois la retranscription effectuée. Le traitement et le stockage des données ont été déclarés au DPO¹⁸ de l'Université de Paris. Les données anonymisées seront conservées 5 ans après le dépôt du mémoire (et au minimum 2 années suivant une éventuelle publication). Le mémoire sera accessible à tout participant qui en fera la demande. La recherche a été soumise au comité d'éthique de la Recherche APHP (CERAPHP. 5)

Contact :

En cas de question, demande ou requête, vous pouvez vous adresser à :

- Elsa Touretz : étudiante de master et co-investigatrice de la recherche

contact :

- Jean-Claude Dupont : directeur de mémoire et investigateur de la recherche

contact :

- Marie Michon : directrice de mémoire

contact :

Je vous remercie de votre participation à cette recherche.

Bien cordialement

Elsa Touretz

¹⁸ Délégué à la protection des données